



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialização em  
Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor

# **A importância da hipoterapia nas crianças autistas**

Carla Patrícia Moreira Caçador

Lisboa, março de 2014



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialização em  
Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor

# **A importância da hipoterapia nas crianças autistas**

Carla Patrícia Moreira Caçador

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de  
Deus com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da  
Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo  
e Motor sob a orientação do Professor Doutor Horácio Pires  
Gonçalves Ferreira Saraiva

Lisboa, março de 2014

## Resumo

O presente trabalho tem como finalidade apresentar uma breve perspectiva do objeto de investigação que se centrou, em primeiro lugar, numa pesquisa teórica sobre o autismo, a hipoterapia e os benefícios da mesma em crianças autistas, tendo como objetivo obter conhecimentos sobre a temática que me propus investigar.

As crianças com autismo têm muitas dificuldades em interagir socialmente, evitam o contato social, isolam-se e têm comportamentos disruptivos, todas estas características dificultam o convívio com os pares. Ao longo do nosso estudo durante a realização deste trabalho vários autores referiram a importância da promoção de competências sociais nas crianças com perturbação autista.

Todo o processo de investigação teórica foi baseado num trabalho de campo que se centrou na elaboração de um questionário que foi passado a um grupo de 122 docentes de vários níveis de ensino, com o intuito de perceber quais os benefícios da hipoterapia em crianças autistas.

Os resultados obtidos servirão para planear intervenções futuras nas áreas que revelam maiores fragilidades, para que a hipoterapia possa ser vista como uma terapia com grandes benefícios não só para o desenvolvimento global das crianças autistas mas também, como meio de desenvolvimento de todas as crianças com necessidades educativas especiais.

**Palavras-chave:** Necessidades educativas especiais, autismo, hipoterapia, equitação terapêutica, desenvolvimento global, benefícios.

## **Abstract**

The present work has the final intention to present a brief perspective of the investigation that was made about autism and the benefits of hippotherapy on those kind of children.

Autism child had the particularities of not being sociably. They avoid it and isolate themselves. The relationship with pars is very difficult.

Has i was doing my study and the construction of this project, I've learned from several author's that the promotion of social activities were the most important step for the acquisition of this behavior.

All this theory process of investigation, focus, on a questioner that was made to a special group (graduate people) in several levels of teaching. The objective of this investigation work was to understand the benefits of hippotherapy at artist child.

The results of this questioner will serve to future intervention work at the most fragile areas. This way, hippotherapy is going to be seen as a great process of intervention not also at global development of autism child but even to the other children, who have especial educative needs.

**Kee-words:** Special Educacional Needs; Autism; Hippotherapy; Therapeutic Riding; Global development; benefits.

## **Dedicatória**

Aos meus melhores amigos, os meus pais.

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho vem concretizar uma das etapas fundamentais da minha vida. Assim sendo, sem pretender desvalorizar qualquer um dos contributos que recebi para a execução deste trabalho, quero desde já expressar o meu sincero reconhecimento a todos aqueles que de alguma forma participaram nele, e que possibilitaram a sua realização.

Ao professor Doutor Horácio Saraiva pela ajuda e orientação incondicional, ao longo de toda a investigação, agradeço o acompanhamento que me prestou, a disponibilidade para esclarecer todas as dúvidas que foram surgindo ao longo de todo o processo.

Um obrigado muito especial às minhas amigas Daniela Marques e Patrícia Rebelo, pelo companheirismo demonstrado nos momentos bons e principalmente nos momentos mais difíceis.

Agradeço toda a atenção dispensada pela Escola Equestre de Cacia - Aveiro.

Um agradecimento muito especial aos meus Pais, aos meus amigos pelo constante incentivo e paciência, e aos meus meninos do Jardim de Infância, que me acompanharam pacientemente nesta etapa da minha vida.

## **Lista de Abreviaturas**

<b>ABA</b>	-	Applied Behavior Analysis (Análise aplicada do comportamento)
<b>DSM-IV</b>	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association, 1ª edição
<b>ICD-10</b>	-	International Classification of Disease, 10ª edição
<b>NEE</b>	-	Necessidades Educativas Especiais
<b>ONU</b>	-	Organização das Nações Unidas
<b>PEA</b>	-	Perturbação do Espectro Autista
<b>PECS</b>	-	Picture Exchange Communication System (Sistema de comunicação através de troca de figuras)
<b>PEP-R</b>	-	Perfil Psicoeducacional Revisado
<b>QI</b>	-	Quociente de Inteligência
<b>TEACCH</b>	-	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (Tratamento e educação para crianças autistas e com distúrbios correlatos da comunicação)
<b>SPSS</b>	-	Statistical Package for the social sciences



## Índice de Tabelas

### Capítulo I:

<b>Tabela 1 -</b>	DSM-IV – Critérios de diagnóstico de perturbação autista e de perturbação global do desenvolvimento SOE .....	34
<b>Tabela 2 -</b>	Critérios de diagnóstico de autismo do ICD .....	35

### Capítulo II:

#### I - Identificação/dados pessoais

<b>Tabela 1 -</b>	Gênero .....	72
<b>Tabela 2 -</b>	Idade .....	73
<b>Tabela 3 -</b>	Localização geográfica.....	74
<b>Tabela 4 -</b>	Habilitações literárias .....	75
<b>Tabela 5 -</b>	Tempo de serviço.....	76
<b>Tabela 6 -</b>	Nível de ensino que leciona.....	77
<b>Tabela 7 -</b>	Possui alguma formação específica em Educação Especial? .....	78
<b>Tabela 8 -</b>	Tem na sala de aula, ou já teve, crianças autistas?.....	79

#### II – A Importância da Hipoterapia nas crianças com Autismo

<b>Tabela 1-</b>	Características que identificam uma criança autista .....	80
<b>Tabela 2-</b>	A Hipoterapia/equitação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida da criança autista.....	82
<b>Tabela 3-</b>	A Hipoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde e educação .....	83
<b>Tabela 4-</b>	A Hipoterapia diminui a ansiedade e aumenta a confiança da criança autista .....	84

<b>Tabela 5-</b>	Esta terapia limita o enriquecimento do vocabulário da criança autista .....	85
<b>Tabela 6-</b>	A convivência com o cavalo garante o bem-estar da criança autista.....	86
<b>Tabela 7-</b>	O cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE.....	87
<b>Tabela 8-</b>	A prática da Hipoterapia tem em atenção a criança e a sua problemática.....	89
<b>Tabela 9-</b>	A Hipoterapia e a Equitação terapêutica prejudicam a qualidade de vida da criança autista .....	90
<b>Tabela 10-</b>	A relação estabelecida entre a criança e o animal estimula a imaginação e a criatividade .....	91
<b>Tabela 11-</b>	A Hipoterapia aumenta a ansiedade e diminui a confiança da criança autista .....	93
<b>Tabela 12-</b>	A Hipoterapia tem como objetivo conceder à criança autista um espaço de enriquecimento sensorial, de ocupação terapêutica e pedagógica ...	94
<b>Tabela 13-</b>	Os exercícios de Hipoterapia favorecem a linguagem e a organização do processo de comunicação da criança autista .....	95
<b>Tabela 14-</b>	As atividades de Hipoterapia devem fomentar o melhoramento da comunicação verbal e especialmente não-verbal .....	97
<b>Tabela 15-</b>	Esta terapia permite o enriquecimento do vocabulário da criança autista .....	98
<b>Tabela 16-</b>	As sessões de equitação terapêutica favorecem o treino na articulação das palavras.....	99
<b>Tabela 17-</b>	A convivência com o cavalo prejudica o bem-estar da criança autista .....	101
<b>Tabela 18-</b>	Os exercícios da Hipoterapia permitem o desenvolvimento da sociabilidade da criança autista.....	102
<b>Tabela 19-</b>	A prática da Hipoterapia permite a diminuição da agressividade e a intolerância à frustração .....	103
<b>Tabela 20-</b>	O uso do cavalo potencia o desenvolvimento motor, cognitivo, psicológico e social na criança autista.....	104
<b>Tabela 21-</b>	A prática de equitação terapêutica fortalece o tônus muscular e permite	

	maior sensibilidade.....	106
<b>Tabela 22-</b>	É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo .....	107
<b>Tabela 23-</b>	Género/O cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE.....	109
<b>Tabela 24-</b>	Género/Os exercícios de Hipoterapia permitem o desenvolvimento da sociabilidade da criança autista.....	110
<b>Tabela 25-</b>	Género/É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo.....	111
<b>Tabela 26-</b>	Idade/O cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE.....	112
<b>Tabela 27-</b>	Idade/É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo.....	113
<b>Tabela 28-</b>	Tempo de serviço/A Hipoterapia / equitação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida da criança autista.....	114
<b>Tabela 29-</b>	Tempo de serviço/A Hipoterapia / equitação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida da criança autista.....	115
<b>Tabela 30-</b>	Tempo de serviço/O uso do cavalo potencia o desenvolvimento motor, cognitivo, psicológico e social na criança autista.....	116

## Índice de Gráficos

### Capítulo II:

#### I - Identificação/dados pessoais

<b>Gráfico 1 -</b>	Gênero .....	72
<b>Gráfico 2 -</b>	Idade .....	73
<b>Gráfico 3 -</b>	Localização geográfica.....	75
<b>Gráfico 4 -</b>	Habilitações literárias .....	76
<b>Gráfico 5 -</b>	Tempo de serviço.....	77
<b>Gráfico 6 -</b>	Nível de ensino que leciona .....	78
<b>Gráfico 7 -</b>	Possui alguma formação específica em Educação Especial .....	79
<b>Gráfico 8 -</b>	Tem na sala de aula, ou já teve crianças autistas .....	80

#### II – A Importância da Hipoterapia nas crianças com Autismo

<b>Gráfico 1 -</b>	Características que identificam uma criança autista .....	81
<b>Gráfico 2 -</b>	A Hipoterapia/equitação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida da criança autista .....	82
<b>Gráfico 3 -</b>	A Hipoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde e educação.....	83
<b>Gráfico 4 -</b>	A Hipoterapia diminui a ansiedade e aumenta a confiança da criança autista.....	84
<b>Gráfico 5 -</b>	Esta terapia limita o enriquecimento do vocabulário da criança autista .....	85
<b>Gráfico 6 -</b>	A convivência com o cavalo garante o bem-estar da criança autista.....	87
<b>Gráfico 7 -</b>	O cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE .....	88
<b>Gráfico 8 -</b>	A prática da Hipoterapia tem em atenção a criança e a sua problemática .....	89
<b>Gráfico 9 -</b>	A Hipoterapia e a Equitação terapêutica prejudicam a qualidade de vida da criança autista.....	90

<b>Gráfico 10 -</b>	A relação estabelecida entre a criança e o animal estimula a imaginação e a criatividade .....	92
<b>Gráfico 11 -</b>	A Hipoterapia aumenta a ansiedade e diminui a confiança da criança autista.....	93
<b>Gráfico 12 -</b>	A Hipoterapia tem como objetivo conceder à criança autista um espaço de enriquecimento sensorial, de ocupação terapêutica e pedagógica .....	94
<b>Gráfico 13 -</b>	Os exercícios de Hipoterapia favorecem a linguagem e a organização do processo de comunicação da criança autista.....	96
<b>Gráfico 14 -</b>	As atividades de Hipoterapia devem fomentar o melhoramento da comunicação verbal e especialmente não-verbal.....	97
<b>Gráfico 15 -</b>	Esta terapia permite o enriquecimento do vocabulário da criança autista .....	98
<b>Gráfico 16 -</b>	As sessões de equitação terapêutica favorecem o treino na articulação das palavras .....	100
<b>Gráfico 17 -</b>	A convivência com o cavalo prejudica o bem-estar da criança autista .....	101
<b>Gráfico 18 -</b>	Os exercícios da Hipoterapia permitem o desenvolvimento da sociabilidade da criança autista .....	102
<b>Gráfico 19 -</b>	A prática da Hipoterapia permite a diminuição da agressividade e a intolerância à frustração.....	104
<b>Gráfico 20 -</b>	O uso do cavalo potencia o desenvolvimento motor, cognitivo, psicológico e social na criança autista .....	105
<b>Gráfico 21 -</b>	A prática de equitação terapêutica fortalece o tônus muscular e permite maior sensibilidade .....	106
<b>Gráfico 22 -</b>	É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo .....	108

## Índice

Resumo .....	III
Abstract .....	IV
Dedicatória.....	V
Agradecimentos.....	VI
Lista de Abreviaturas .....	VII
Índice de tabelas .....	VIII
Índice de gráficos .....	XI
Índice .....	XIII
Introdução .....	18
<b>Capítulo I – Revisão da Literatura.....</b>	<b>20</b>
1 - Autismo .....	20
1.1.- Evolução histórica do autismo .....	21
1.2.- Etiologia.....	21
1.2.1 -Teorias psicogénicas .....	23
1.2.2 -Teorias biológicas.....	24
1.2.3 - Teorias psicológicas .....	25
1.2.4 - Teorias alternativas.....	25
1.3 - Conceito .....	26
1.4 - Prevalência.....	28
1.5 - Causas .....	28
1.6 - Tríade de Incapacidades .....	28
1.6.1 - Perturbação na comunicação .....	29
1.6.2 - Perturbação na interação social.....	29
1.6.3 - Perturbação na Imaginação .....	30
1.7 - Caraterísticas do Autismo.....	30

1.7.1 - Alterações e défices sociais da comunicação .....	30
1.7.2 - Alterações da Linguagem .....	31
1.7.3 - Deficiências cognitivas.....	32
1.7.4 - Tipos de comportamentos repetitivos e estereotipados .....	32
1.8 - Critérios de diagnóstico .....	33
1.9 - Objetivos Educacionais .....	37
1.9.1 - Intervenção na área da comunicação-interação.....	37
1.9.2 - Intervenção sobre a linguagem.....	39
1.9.3 - Intervenção na área cognitiva .....	40
1.9.4 - Intervenção nos problemas de comportamento .....	41
1.9.5 - Outros tipos de Intervenção .....	41
2 - Equoterapia .....	44
2.1 - Definição de equoterapia .....	44
2.2 - Evolução histórica da equitação com fins terapêuticos .....	45
2.3 - Estudos realizados no âmbito da equitação com fins terapêuticos .....	48
2.4 - Definição de hipoterapia .....	49
2.4.1- Benefícios da hipoterapia.....	51
2.4.2 - Destinatários da hipoterapia e equitação terapêutica.....	53
2.4.3 - O cavalo com recurso terapêutico.....	54
2.4.4 - Andaduras do Cavalo .....	56
2.4.5 - Fases de uma sessão de equitação terapêutica .....	57
2.4.5 - Jogos e atividades em hipoterapia e equitação terapêutica .....	59
3 - Benefícios da hipoterapia e equitação terapêutica nos autistas .....	61
<b>Capítulo II – Enquadramento Empírico</b>	
1- Metodologia .....	65
2 - Objetivos .....	66

3 - Definição das hipóteses .....	67
4 - Caracterização da amostra.....	69
5 - Instrumentos de investigação .....	69
6 - Apresentação e análise dos resultados .....	72
7 - Cruzamento de dados.....	109
7.1 - Análise global do cruzamento de dados.....	118
8 - Discussão dos resultados.....	119
Conclusão.....	112
Linhas futuras de investigação.....	123
Bibliografia.....	124
Apêndices	
Apêndice A – Inquérito por questionário	



## **Introdução**

Esta dissertação será apresentada à Escola Superior de Educação João de Deus para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor sob a orientação do Professor Doutor Horácio Saraiva, e o cujo tema a trabalhar será: “A importância da hipoterapia nas crianças autistas”.

O interesse por esta temática surge pós a realização da Especialização, alienado ao longo do meu percurso como docente. Tendo convivido com crianças que apresentavam este tipo de patologia vi na execução deste trabalho uma oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos acerca desta patologia. No entanto, após o início deste trabalho de pesquisa, surge a hipótese de combinar esta problemática com uma terapia. É então que surge a hipoterapia como um meio eficaz no desenvolvimento da criança com autismo.

Foi na continuidade desta percepção, que sobressaíram, as várias motivações para a realização deste trabalho: uma primeira motivação, pessoal, despertada pela realização de um trabalho de investigação no âmbito deste mestrado, que deixou transparecer um pouco a dura realidade que as famílias de crianças com NEE enfrentam quotidianamente na escola e fora dela. Tal, despoletou em mim a vontade de procurar conhecer e perceber, nomeadamente os trajetos das crianças autistas unidas pela prática da hipoterapia, tentando verificar as suas alterações nos diferentes níveis de aprendizagem após a prática da mesma. Uma outra motivação vai ao encontro do meu entendimento enquanto profissional, também nós, temos um papel importante junto das famílias, que consideramos poder ser melhor desenvolvido, se melhor compreendermos e conhecermos na realidade o percurso de vida das crianças autistas e das suas famílias, bem como, do seu trajeto pelas instituições sociais nomeadamente, a escola.

As crianças com autismo têm muitas dificuldades em interagir socialmente, evitando o contato social, isolam-se e têm comportamentos disruptivos. Todas estas características dificultam o convívio com os pares. Durante a realização deste trabalho vários autores referiram a importância da promoção de competências sociais nas crianças com perturbação autista.

É extremamente importante reconhecer esta variabilidade de combinações para poder compreender as pessoas com espectro do autismo e as diferentes necessidades individuais.

De acordo com Hubert Lallery (1996) a hipoterapia é um dos raros métodos, talvez o único, que permite vivenciar-se tantos acontecimentos ao mesmo tempo, simultaneamente, e no qual as informações e reações são também numerosas. Neste sentido, a hipoterapia permite a estimulação a nível cognitivo, físico, motor e afetivo. Através desta terapia é possível exercitar uma nova forma de linguagem e de comunicação. Porém, é na linguagem e na comunicação que se centram as maiores dificuldades da criança autista originando, conseqüentemente, ausência de socialização.

Este trabalho está dividido em dois capítulos ao longo dos quais pretendemos mostrar de que forma a Hipoterapia potencia o desenvolvimento da criança autista.

No primeiro capítulo abordamos a problemática do autismo, passando pela evolução histórica, pelas diversas teorias (psicogénicas, biológicas, entre outras), pelo conceito, pela prevalência, pelas causas, pela tríade de incapacidades, pelos critérios de diagnóstico e finalmente pelo tratamento e avaliação. Neste mesmo capítulo abordo a equoterapia/hipoterapia e a equitação terapêutica desde a evolução histórica, ao conceito. E por fim, são abordados os benefícios da equitação com fins terapêuticos na criança autista.

No segundo capítulo, é feito o enquadramento empírico, que diz respeito à metodologia de investigação utilizada. Neste estudo definiu-se os objetivos, as hipóteses, a caracterização de amostra, os instrumentos de investigação. A metodologia de investigação utilizada é do tipo quantitativa, utilizando o inquérito por questionário com uma escala tipo Likert para responder às questões, esta aplicação será efetuada a docentes de vários níveis de ensino. Este questionário é composto por um total de 30 questões.

Neste capítulo apresenta-se as tabelas e gráficos com as respetivas percentagens e interpretação das mesmas confrontando-os com a opinião dos diversos autores. Seguidamente é realizado o cruzamento de dados para posteriormente ser feita a sua análise global. Por fim, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos confrontando-os com as hipóteses do trabalho de investigação.

Seguidamente são apresentadas as conclusões e algumas linhas futuras referentes a este estudo.

## **CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA**

## 1. Autismo

### 1.1. *Evolução histórica do Autismo*

Os primeiros escritos clínicos aceites como descrições de autismo, foram publicados em 1943, por Leo Kanner, pedopsiquiatra nos E.U.A.. Leo Kanner realizou um estudo científico no qual descreve e caracteriza o comportamento de um grupo de 11 crianças, como sendo “marcadamente e distintamente” diferente da maioria das outras crianças. Apesar da aparência física normal, todas elas exibiam um isolamento social extremo e um “afastamento autístico profundo”. Ainda em 1943, Kanner publica o trabalho “Dutistic Disturbances of Affective Contact”, no qual aponta para um “autismo infantil”. Atualmente designa-se por autismo “típico” ou “clássico” as pessoas que manifestam este género de distúrbios.

De acordo com Hewit (2005: 8), este autismo “típico” ou “clássico” possui as seguintes características:

- competências de interação limitadas, que vão desde a dificuldade em manter contacto visual até uma inabilidade para manter uma conversa, para socializar ou para partilhar.
- uma inabilidade comum a todos os indivíduos para desenvolver relacionamentos, mesmo com os pais e com os irmãos.
- uma preferência por jogos repetitivos e estereotipados, como a construção de torres com módulos, ou a arrumação de objetos favoritos em longas filas (carros de brinquedo, livros), sem uma ideia real acerca da forma mais adequada de usar um brinquedo ou objeto específico.
- um preferência e um fascínio por objetos que podem ser manipulados através de movimentos repetitivos de motricidade fina, particularmente por aqueles que podem ser postos a girar, uma vez mais sem qualquer ideia quanto à maneira mais apropriada de usar o objeto ou brinquedo em questão.
- um desejo obsessivo de conservação da uniformidade, incluindo as rotinas.
- uma perturbação externa quando as rotinas são inesperadamente alteradas. Aqui, incluem-se os rituais autoimpostos, que têm o objetivo de oferecer consolo, mas que podem ser socialmente inapropriados.
- uma hipersensibilidade aos estímulos ambientais; a resposta a uma carga excessiva de estímulos pode tornar a forma de um movimento de baloiço do corpo ou de tapar os ouvidos com as mãos.

- uma boa capacidade de memorização de rotinas, frequentemente relacionadas com os objetos pouco usuais, como números de calçado, supermercados, matrículas de automóveis.

- um uso pouco vulgar da linguagem, de uma forma não comunicativa.

Por outro lado, Hans Asperger em 1944 publicou um trabalho sobre “Psicopatologia autista”, expressão que usava para se referir ao autismo. Este estudo descreve um grupo de rapazes que tinha um QI médio ou acima da média, mas para quem era “difícil encaixar-se socialmente”. Estas crianças, hoje em dia, seriam descritas pelos pais e pelos professores como sendo “academicamente brilhantes, mas socialmente um pouco estranhas”, ou “muito inteligentes, mas um pouco excêntricas”, ou mesmo “insolentes, quase rudes” (cf. Hewitt, 2005).

Este grupo de crianças apresentava as seguintes características: capacidade de falar fluente, no entanto, verificava-se uma falta de compreensão e de capacidade relativa à importância e ao uso da conservação social; discursos em forma de monólogo; utilização inapropriada ou incomum de palavras complicadas ou características do discurso do adulto. Atualmente e segundo Hewitt (2005) estas crianças revelam baixa autoestima, podem tornar-se tristes, deprimidos, e por vezes, desenvolver tendências suicidas. Em síntese, estas crianças isolam-se e acabam por não se juntarem às outras crianças, revelando grande ansiedade ou perturbações aquando da alteração da rotina.

Wing e Gould (1979) comprovaram através dos seus estudos, que embora as crianças autistas apresentassem um vasto leque de dificuldades, havia três áreas que podiam ser identificadas: “a linguagem e comunicação, competências sociais e flexibilidade de pensamento ou de imaginação” (Mello, 2005: 10). Neste sentido, Mello (2005) considera que a tríade é responsável por um padrão de comportamento restrito e repetitivo, mas com condições de inteligência que podem variar do retrato mental a níveis acima da média.

Os autores Simon Baron-Cohen, Uta Frith e Alan Leslie (cit. Siegel, 2008) desenvolveram uma nova teoria que defende que as pessoas com perturbações do espectro do autismo possuem uma “teoria da mente” (corresponde à capacidade de compreender os estados mentais dos outros) deficitária. Neste sentido, também Hewitt (2005) considera que o trabalho de investigação continua até aos dias de hoje, uma vez que, embora se possa trabalhar com o autismo através de uma intervenção especializada, não existe cura para o autismo. “Se uma pessoa tem autismo, será autista para toda a vida” (Hewitt, 2005: 10).

Neste contexto, Kanner (1943, cit. Marques, 2000: 35) as crianças com autismo apresentavam as principais características:

- “incapacidade para o estabelecimento de um relacionamento social;
- falha no uso comunicativo da linguagem;
- interesses obsessivos e desejo de se manter isolado;
- fascínio por objetos;
- boas potencialidades cognitivas;
- a tendência de aparecimento do síndrome antes dos trinta meses”.

É neste seguimento que, Eisenberg & Kanner, 1954 (cit. Marques, 2000: 40) identificaram como principais características do síndrome autista “o isolamento social e indiferença aos outros; a resistência à mudança e rotinas repetitivas.”

## *1.2. Etiologia*

A causa do quadro clínico do autismo, é algo intrincado e incompleto, uma vez que ainda não é perceptível uma resposta concreta. Tem surgido várias teorias, que apesar de não fornecerem dados precisos completam-se, afirmando que o autismo constitui um modelo peculiar de doença da natureza fundamentalmente cultural, mas com todas as probabilidades de ter uma origem biológica (Riviere, 1983, cit. Gracia & Rodriguez, 1997).

Neste seguimento, importa descrever algumas teorias sobre esta perturbação.

### *1.2.1. Teorias Psicogénicas*

Esta perspetiva baseia-se nas teorias psicanalíticas, e de acordo com os autores Garcia & Rodrigues (1997), as crianças autistas eram normais no momento do nascimento, mas devido a fatores familiares adversos (pais frios e pouco expressivos), o desenvolvimento afetivo das mesmas permanece afetado, desencadeando um quadro autista.

Neste sentido, também Kanner (1943, cit. Marques, 2000) sustentava que o autismo era visto como, uma perturbação do desenvolvimento constitucionalmente determinada, sugerindo a possibilidade de existência de uma componente genética. Defendendo que, devemos assumir que “estas crianças nascem com uma incapacidade inata para proceder, de uma forma biologicamente correta ao contacto afetivo com os outros, tal como as outras crianças nascem com outro tipo de incapacidades físicas ou mentais” (Marques, 2000: 54).

Assim, tal como nos relembra Kanner (1954) a perturbação emocional da criança localizava-se num ambiente próximo, uma vez que esta se isola no seu mundo, em consequência das respostas que recebia do mesmo, e não num défice inato. Da mesma opinião, Eisenberg (1956) defendia que a criança poderia estar a responder ao tratamento mecânico, frio e obsessivo que recebia por parte dos pais.

De acordo com os autores, Lord, Rutter & Risi (2002) os fatores que interferem na génese do autismo agrupam-se nos seguintes grupos:

- “perturbação psiquiátrica parental ou características de personalidade anómala dos pais;
- quociente intelectual e classe social dos pais;
- interação anómala entre pais e filhos;
- stress intenso e acontecimentos traumáticos numa fase precoce da vida da criança” (cit. Garcia & Rodrigues, 1997: 251).

Estas teorias não têm uma base que as sustente, e são hoje defendidas por poucos autores. Na opinião de Polaino (1981), existia uma confusão entre as causas e as consequências, pois as alterações visíveis nos pais tinham origem na convivência com o filho autista.

### *1.2.2. Teorias biológicas*

Neste sentido, e de acordo com diversos autores (Rutter, 1970; Demyer, 1973; Gillberg, 1987; Volkmar & Nelson 1990, cit. Marques, 2000: 58) esta teoria sustenta a ideia que o autismo tem origem neurológica. Com base nestas constatações é agora aceite que o autismo resulta de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, que afetam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual, a capacidade de estabelecer relações e contribuem para distúrbios cerebrais.

É por isso, que Marques (2000), entre as teorias biológicas referenciou os seguintes estudos:

- estudos genéticos (estudo da genética e dos fatores genéticos no desenvolvimento das PEA);
- estudos neurobiológicos (compreensão da base neurológica do autismo; localização e identificação da área afetada);
- estudos neuro químicos (os neurotransmissores têm um papel crucial enquanto mediadores neuro químicos, relacionando-se com as contrações musculares e a atividade nervosa);

- estudos imunológicos (os sintomas do autismo podem ter origem numa infeção intrauterina);

- fatores Pré, Peri e Pós-Natais no Autismo ( as hemorragias, o uso de medicação, consumo de drogas e álcool, alterações no líquido amniótico e gravidez tardia são fatores associados ao autismo).

### *1.2.3. Teorias psicológicas*

Os autores Hermelin e O'Connor (1970. cit. Marques, 2000) aprofundaram as suas investigações tendo como finalidade identificar o défice cognitivo básico subjacente às alterações fundamentais no autismo. Os autores acrescentam que as crianças autistas armazenavam as informações verbais de forma neutra, sem as analisar, atribuir significado ou reestruturar.

Através dos estudos realizados por (Frith 1989; Hermelin 1972; O' Connor 1984; Leboyer 1987) patentearam uma das deficiências mais importantes e específicas do autismo como sendo a capacidade de avaliar a ordem e a estrutura, e de reutilizar a informação. Conclui-se que os autistas são incapazes de extrair regras ou de estruturar experiências tanto no domínio verbal como não-verbal. Estando deste modo, limitados de certas competências sociais, comunicativas e imaginativas o que resulta na incapacidade de autoconsciência e alterações a nível das relações interpessoais. (cf. Mello, 2005)

Na opinião de Wing (1997), as características cognitivas sobrepõem-se aos sintomas afetivos e comportamentais.

### *1.2.4. Teorias alternativas*

Alguns estudos invocam a possibilidade de existência de outros fatores explicativos dos défices. Assim sendo, surgem as seguintes teorias:

No Modelo de Russel (1993) o autor defendia que o comportamento do autista resultaria do controlo de um número limitado de estímulos implicando reações muito seletivas.

De acordo com Russel (1993, cit. Marques, 2000: 77) era fundamental ter-se a percepção de que "(...) o comportamento de uma pessoa autista resulta do controlo de um número limitado de estímulos, contrariamente aos sujeitos normais".

A proposta de Bowler (1992) indicava que o sucesso, assim como as dificuldades quotidianas que impossibilitam estes indivíduos para a vida normal e adequada, refletem



um déficit primário de autismo, que parece não ser de fato a mentalização em si mesma, mas outro mecanismo que “perturba a aplicação do conhecimento existente” (cf. Marques, 2000).

Neste sentido, também Duncan (1993) defendia que a função executiva definia-se como um conjunto de operações cognitivas desenvolvidas no córtex pré-frontal, que contém a planificação, a flexibilidade e a memória ativa, aquando de uma resposta. Concluindo que perturbações deste nível originavam incapacidade global no processamento de informação.

Já o modelo de Hobson confirmava que existe nestes indivíduos a manifestação de um déficit específico na expressão e compreensão dos sentimentos e emoções. Admitindo a existência de um déficit inato responsável por uma capacidade do autista se relacionar com os outros (cf. Siegel, 2008).

Neste seguimento, Uta Frith (cit. Mello, 2005) apresentou as teorias de coerência central. Com base nestas teorias, a autora defendia que os autistas ficam impedidos de selecionarem e estabelecerem relações entre o objeto e todo, tendo em atenção um padrão e atuações coerentes.

Depois deste enunciado de teorias conclui-se que não se encontram explicações claras e objetivas sobre realmente quais os fatores etiológicos responsáveis pelos casos do autismo. Assim, tendo em conta o que anteriormente foi referido, o importante é que seja feita uma intervenção precoce e de acordo com as potencialidades da criança.

### **1.3. Conceito**

O autismo é uma doença que tem sido estudada pela ciência há quase sete décadas, mas que ainda permanecem algumas divergências sobre a mesma. Assim, não é tarefa fácil definir autismo.

O termo autismo provém da palavra grega “*autos*”, que significa “*Eu/Próprio*”, isto é, voltar-se para si mesmo. Dando origem ao termo autismo que é “o estado de alguém que tende em afastar-se da realidade exterior, concentra-se apenas em si próprio”. (Marques, 2000: 19).

O autismo, segundo Correia (1999) é um problema neurológico que afeta a perceção, o pensamento e a atenção, manifestando-se a partir dos primeiros anos de vida expressa numa perturbação comportamental. Na opinião deste autor, esta desordem pode igualmente estar relacionada a outras problemáticas tais como: deficiência visual, auditiva e epilepsia.

Segundo New Lexicon Webster's Encyclopedic Dictionary (1991) o "autismo é uma desordem psiquiátrica em que o indivíduo se recolhe dentro de si próprio, não responde a fatores externos e exibe indiferença relativamente a outros indivíduos ou a acontecimentos exteriores e a ele mesmo" (cit. Nielsen, 1999: 127).

Na opinião de Cavaco (2009), o autismo é um síndrome definido por alterações presentes desde muito precoces, tipicamente antes dos três anos de idade, e que se caracteriza sempre por desvios qualitativos na comunicação, na interação social e no uso da imaginação.

Por tudo isto, a criança portadora de autismo tem uma aparência harmoniosa e ao mesmo tempo um perfil irregular de desenvolvimento, com bom funcionamento em algumas áreas enquanto outras se encontram bastantes comprometidas.

De acordo com Siegel (2008), o autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afeta múltiplos aspetos, da forma como a criança vê o mundo e aprende a partir das suas próprias experiências. As crianças com autismo não denotam o interesse habitual na interação. A atenção e aprovação dos outros não têm a importância que habitualmente assumem para as crianças em geral. O autismo não resulta numa absoluta ausência de desejo de pertença, mas antes na relativização desse desejo.

Já Jordan (2000) define as PEA numa perturbação grave de neuro-desenvolvimento e manifesta-se através de dificuldades muito particulares de comunicação e de interação, relacionadas na dificuldade em utilizar a imaginação e em admitir mudanças de rotinas. Estas perturbações incluem um défice na flexibilidade de pensamento, um modo muito particular de adquirir as suas aprendizagens e um difícil convívio e comunicação do indivíduo com o meio envolvente.

Importa referir que, as crianças autistas afetadas pela perturbação do espectro do autismo não apresentam todos os mesmo sintomas. As PEA são disfunções graves e precoces do neuro-desenvolvimento que persistem ao longo da vida, podendo coexistir com outras patologias. Paralelamente, as crianças autistas têm uma grande dificuldade na interpretação da linguagem, devido à dificuldade na compreensão da entoação da voz e da mímica dos outros com quem se relacionam. Uma outra particularidade comum no autismo é a insistência na repetição. Por isso é que as pessoas com autismo seguem rotinas, por vezes de forma extremamente rígida, ficando muito perturbadas quando qualquer acontecimento impede ou modifica essas rotinas. O balançar do corpo, os gestos e os sons repetitivos são vulgares, sendo mais frequentes em situações de maior ansiedade (cf. Garcia & Rodrigues, 1997).

#### 1.4. Prevalência

Embora não se saiba ao certo qual o número de indivíduos com autismo existe em todo o mundo, referencia-se as pesquisas de alguns autores acerca desta temática.

Assim, nos anos 60 e 70 a prevalência de casos autistas estava estimada em 4/5 casos em 10.000 pessoas (Wing & Gould, 1979). Já nos anos 80 a prevalência era de 10 em cada 10.000 pessoas, indicando que a prevalência era quatro vezes maior em meninas que apresentavam o QI mais baixo do que em meninos (Wing, 1981; Rutter, 1985).

A partir dos anos 90 foram incluídas as restantes perturbações do espectro do autismo nos estudos de prevalência existindo um aumento significativo do número de casos de PEA diagnosticadas, nomeadamente, cerca de 60 casos em 10.000, havendo mesmo, um estudo que verificou 110 casos em 10.000 pessoas (Newschaffer et al., 2007). Segundo dados lançados recentemente pela ONU, existe cerca de 70 milhões de autistas em todo o mundo.

Hewitt (2005) considera que as perturbações do espectro do autismo surgem em todos os grupos socioeconómicos, raciais e étnicos. O autismo afeta em maior número o sexo masculino (3 rapazes para 1 rapariga).

#### 1.5. Causas

Para Mello (2005) as causas das PEA pensa-se serem múltiplas e vão desde a sua origem biológica, neuro química ou neurológica, eventualmente, fenilcetonúria, viroses ou infeções durante a gestação, traumatismos ou anoxia no parto. Uma vez que as causas não são totalmente conhecidas recomenda-se cuidados gerais a todas as gestantes, especialmente cuidado com a ingestão de produtos químicos, tais como remédios, álcool ou fumo. Conclui-se que os fatores genéticos e os que se relacionam com a gravidez e o parto determinam se uma criança desenvolve autismo ou outra perturbação global do desenvolvimento.

#### 1.6. Tríade de Incapacidades

Para compreender melhor a forma como o autismo afeta um indivíduo importa explicar em que consiste a tríade de incapacidades.

Neste sentido, referimos Wing e Goul (1979) através do estudo epidemiológico compreenderam que as crianças autistas manifestavam uma tríade de perturbações. Estas agrupavam-se nos seguintes indícios: grande limitação na capacidade de se envolver em convívios sociais que implicam interação mútua; comprometimento da capacidade de se envolver em convívios sociais que exigissem a livre expressão de comunicação, tanto recetiva como expressiva e baixa capacidade de imaginar e de fantasiar, manifestando assim um repertório limitado de comportamentos e interesses restritos e obsessivos. Esta tríade permite-nos compreender melhor a forma como esta perturbação afeta o ser humano (cit. Hewitt, 2005).

#### *1.6.1. Perturbação na Comunicação*

A capacidade de comunicar caracteriza-se por ser muito complexa. A dificuldade de comunicação caracteriza-se pela dificuldade em utilizar com sentido todos os aspetos da comunicação verbal e não-verbal, abrangendo gestos, expressões faciais, linguagem corporal, ritmo e modulação na linguagem verbal. Neste seguimento, podemos encontrar crianças autistas sem linguagem verbal e com dificuldades de comunicação e crianças que apresentam linguagem verbal, no entanto, esta é repetitiva e não comunicativa (cf. Mello, 2005). Em suma, nenhum autista é capaz de interpretar com facilidade a comunicação, por forma a identificar ou responder de acordo com o verdadeiro significado verbal.

As alterações na linguagem verbal são visíveis em diferentes fenómenos, tais como, a ecolalia imediata (repetição daquilo que a criança acabou de ouvir) e a ecolalia tardia (repetição de frases ouvidas à horas ou dias). Todas estas formas de expressão verbal são bastante limitativas a nível da comunicação.

Tendo em atenção, o anteriormente referido, Mello (2005) acrescenta que apesar das dificuldades com que se enfrentam todos os indivíduos com autismo, com o auxílio de uma intervenção especializada, a sua capacidade de comunicação pode ser melhorada.

#### *1.6.2. Perturbação na interação social*

A criança autista aparenta ser muito afetiva, por se aproximar das pessoas abraçando-as e beijando-as, mas na realidade ela adota indiscriminadamente esta

postura, sem diferenciar pessoas, lugares ou momentos. Esta aproximação segue um padrão repetitivo e não contem nenhum tipo de troca ou compartilhamento.

A este propósito, Cohen (1990 cit. Hewitt, 2005), refere que a incapacidade de socialização não afeta apenas a capacidade da criança se envolver no jogo, de fazer amigos mas, também, a vida escolar, uma vez que esta é basicamente social. A vida escolar para estas crianças é um verdadeiro campo minado de desafio atrás de desafio.

Neste seguimento, Mello (2005) acrescenta que a dificuldade de socialização, que faz com que a pessoa com autismo tenha uma pobre consciência da outra pessoa, é responsável, em muitos casos, pela falta ou diminuição da capacidade de imitar, que é um dos pré-requisitos cruciais para o aprendizado, e também pela dificuldade de se colocar no lugar do outro e de compreender os fatos a partir da perspectiva do outro.

Nesta ótica, torna-se necessário que o autista seja capaz de se envolver e interagir com os outros numa variedade de meios e de situações, para ser capaz de socializar.

### *1.6.3. Perturbação na imaginação*

Na opinião de Mello (2005) a perturbação na imaginação caracteriza-se pela rigidez e inflexibilidade estendendo-se às várias áreas do pensamento linguagem e comportamento da criança. Assim, uma criança autista pode passar horas a fio a explorar a textura de um brinquedo. Todavia as mudanças de rotina destas crianças podem provocar alterações no seu comportamento bastante graves.

## **1.7. Características do Autismo**

Os autistas são portadores de características que os distinguem de todas as outras pessoas. Estas características manifestam-se desde o seu nascimento.

### *1.7.1. Alterações e défices sociais da comunicação*

Em 1985, Rutter (cit. Garcia & Rodrigues, 1997) afirma que o portador de autismo revela incapacidade para estabelecer relações sociais e falta de motivação para conviver com pessoas. Estas dificuldades de interação manifestam-se de várias maneiras:

- Apreciação inadequada de sinais sócio emocionais.
- Falta de resposta às atitudes afetivas das outras pessoas.
- Falta de maleabilidade de comportamento de acordo com o contexto social.

- Fraca utilização de sinais sociais.
- Fraca integração de comportamentos sócio afetivos.
- Ausência de reciprocidade afetiva.

Neste seguimento, Ozonoff (2004) declara que há dois tipos de crianças autistas: as que são extraordinariamente calmas e praticamente não necessitam de atenção e as que choram incansavelmente, tornando-se difícil acalmá-las. Ambas evidenciam, desde cedo, a falta de interesse e de uso das relações sociais.

Já os bebês autistas não respondem à voz humana, não pedem colo e têm fraca capacidade de adaptação da expressão facial, corporal, gestual e visual. O sorriso aparece geralmente na idade normal, mas, mais como resposta a um estímulo específico do que social. Os bebês autistas não olham para a mãe enquanto estão a serem amamentados, não reagem aos sons e não respondem quando chamados pelo nome (cf. Mello, 2005).

As crianças autistas não exploram o meio nem solicitam a atenção dos pais quando necessitam de colo ou afeto. Aos cinco meses não conseguem reconhecer as figuras parentais, como as crianças normais. Demonstram muitas dificuldades nos jogos interativos e de imaginação.

Em alguns casos, à medida que a criança vai crescendo, diminui o déficit social, a pouco a pouco, vão-se tornando mais sociáveis, sobretudo se houver evolução na compreensão e uso da linguagem, no entanto, continuarão a persistir as dificuldades sociais para os jogos de grupo e para compreender os sentimentos dos outros. Revelam apatia, híper ou hipotonia e desinteresse pelo ambiente.

### *1.7.2. Alterações da Linguagem*

As crianças autistas revelam défices básicos na capacidade de usar a linguagem como meio de comunicação social. Entre estes défices, sobressaem as dificuldades na aquisição do sistema linguístico e na sua utilização: sobretudo, a dificuldade para compreensão e utilização das regras fonológicas, morfológicas, sintáticas e semânticas, tal como de regras pragmáticas que são as mais afetadas (cf. Mello, 2005).

Há crianças que nunca chegam a adquirir a linguagem falada, nem compensam esta falta com outras alternativas de comunicação, exceto quando querem satisfazer alguma necessidade material (pega na mão do adulto para que este lhe dê o que deseja).

Aquelas que conseguem uma linguagem falada apresentam vários problemas na fala tais como: alteração do timbre, velocidade, ritmo e entoação, falta de iniciativa para

iniciar ou manter um diálogo, falta de expressão emocional, ausência de fantasia e imaginação e uso abusivo dos imperativos.

### *1.7.3. Deficiências Cognitivas*

É neste sentido que Rutter (1985, cit. Garcia & Rodrigues, 1997) declara que o atraso intelectual não é global, mas existe diversas funções cognitivas que se encontram alteradas, do seguinte modo:

- Défices de abstração, sequencialização e compreensão de regras.
- Dificuldades na compreensão da linguagem falada e utilização do gesto.
- Défice na transferência de uma atividade sensorial para outra.
- Dificuldade em processar e elaborar sequências temporais.
- Dificuldade para perceber as contingências dos seus comportamentos e do comportamento dos outros.

Como todos estes processos são necessários para a compreensão da linguagem e dos sinais sócio afetivos, estes défices poderiam explicar as alterações mencionadas anteriormente. Contribuindo deste modo, para que o fracasso cognitivo leve a um aumento de estereotipias e à falta de responsabilidade social (cf. Hewit, 2005).

### *1.7. 4. Tipos de comportamentos repetitivos e estereotipados*

Sobre este tipo de comportamentos, Rutter (1987, cit. Garcia & Rodrigues, 1997: 254) menciona seis tipos de comportamentos presentes nos autistas:

- Interesses muito restritos e estereotipados, formas de brincar inadequadas.
- Vinculação a determinados objetos, algumas crianças desenvolvem preferências e atração por um objeto concreto e insistem em levá-lo consigo para todo o lado.
- Rituais compulsivos: é costume aparecerem na adolescência e desenvolvem-se compulsivamente (ex. rotina para entrar ou sair de uma sala, na hora das refeições...), qualquer alteração nessas rotinas provocará grande ansiedade na pessoa autista.
- Maneirismos motores e estereotipados e repetitivos, aparecem sobretudo quando existe deficiência mental severa, auto – estimulações cinestésicas (baloçar o corpo), autoestimulações percetivas de tipo visual (olhar para os dedos à altura dos olhos, luzes), tátil (arranhar superfícies, acariciar determinados objetos) ou auditiva (cantarolar, dar pancadas numa superfície).

- Preocupação fixa numa parte de um objeto (cordões dos sapatos, as rodas dos carrinhos).

- Ansiedade perante mudanças de ambiente (existem crianças que não suportam mudanças na sua rotina diária).

Destacam-se ainda outro tipo de comportamentos sendo mais problemáticos e difíceis de tratar, nomeadamente: hiperatividade, agressividade, hábitos errados de alimentação e sono.

## 1.8. Critérios de diagnóstico

Para Siegel (1996), o autismo é considerado uma das mais graves perturbações do desenvolvimento infantil. Os seus sintomas aparecem antes dos três anos de idade e prolongam-se por toda a vida uma vez que não existe cura para esta perturbação. No entanto, uma vez que os seus sintomas manifestam-se precocemente é possível estabelecer um diagnóstico precoce e uma intervenção terapêutica adequada para que a criança autista usufrua de um desenvolvimento mais harmonioso. Apesar dos autistas apresentarem um enorme leque de dificuldades, existem três áreas de fácil identificação, são elas interação social, comunicação e imaginação. Estas áreas são denominadas por Tríade de Lorna Wing.

Os Estados Unidos utilizam os critérios de diagnóstico presentes no Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Academia Americana de Psiquiatria (DSM-IV), para realizar o diagnóstico do autismo, (tabela 1). Enquanto, o resto do mundo aplica outro manual de diagnóstico, nomeado por Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (ICD-10), (tabela 2). Ambos os sistemas de classificação aceitam que existe um espectro da condição autista que consiste numa perturbação do desenvolvimento e baseiam-se na tríade de características atrás mencionadas.

Quando se diagnostica a uma criança autismo com base no DSM-IV, essa mesma criança, também, é diagnosticada autista segundo os critérios do ICD-10 (ou vice-versa), uma vez que existem estreitas ligações entre os critérios de diagnóstico dos dois sistemas.

Os doze critérios de diagnóstico, presentes na DSM-IV, agrupam-se em três áreas: interação social, comunicação e atividades e interesses.

Segundo o DSM-IV, os critérios clínicos para efetuar um diagnóstico de autismo são:



**Tabela 1**

<b>DSM-IV- TR – Critérios de diagnóstico de “Perturbação Autista”</b>	
<b>A.</b> A presença de um total de seis (ou mais) itens de 1), 2) e 3), com pelo menos 2 de 1), 1 de 2) e 1 de 3).	
<b>1) Défice qualitativo na interação social</b> (manifestando pelo menos 2)	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Défice no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tal como contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos reguladores da interação social;</li><li>- Incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento;</li><li>- Falta de procura espontânea de partilhar com os outros prazeres, interesses, divertimentos ou atividades com outras pessoas (por exemplo não mostrar, trazer ou indicar objetos de interesse);</li><li>- Falta de reciprocidade social e emocional.</li></ul>	
<b>2) Défices qualitativos na comunicação</b> (manifestando pelo menos 1)	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Atraso, ou ausência no desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhada de tentativas para compensar através de modos de comunicação alternativos de comunicação, tal como gestos ou mímica);</li><li>- Acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação com os outros, apesar de os sujeitos terem um discurso adequado;</li><li>- Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;</li><li>- Falta de jogo simbólico variado e espontâneo ou de jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento.</li></ul>	
<b>3) Padrões repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses ou atividades</b> (manifestando pelo menos 1)	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Preocupação absorvente com um ou mais padrões de interesse estereotipados ou restritos não normais quer na intensidade quer no seu objetivo;</li><li>- Adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos não funcionais;</li><li>- Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir as mãos ou os dedos, rodar as mãos ou movimentos complexos de todo o corpo);</li><li>- Preocupação persistente com partes de objetos.</li></ul>	
<b>B.</b> Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem usada na comunicação social, ou (3) jogo simbólico ou imaginativo.	

**Fonte:** Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 1ª edição, Lisboa, 2002

**Tabela 2**

Critérios de diagnóstico de autismo do ICD
<p><b>A. Presença de desenvolvimento anormal ou de défices em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes da idade dos três anos (normalmente não se verifica um período anterior de desenvolvimento inequivocamente normal, mas, quando tal acontece, o período de normalidade não se estende para além dos três anos de idade):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Linguagem recetiva ou expressiva, usada na comunicação;</li> <li>2. Desenvolvimento de vinculação e/ou de interação social seletiva;</li> <li>3. Jogo funcional e/ou simbólico.</li> </ol>
<p><b>B. Défices qualitativos na interação social:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapacidade de usar de forma adequada o contato ocular, as expressões faciais, a postura corporal e os gestos reguladores da interação social;</li> <li>2. Incapacidade para desenvolver (de forma adequada à idade mental e apesar de amplas oportunidades) relações com os pares que envolvam a partilha de interesses, de atividades e de emoções;</li> <li>3. Raramente procura ou recorre a outras pessoas para receber conforto e afeto em momentos de tensão ou de angústia e/ou para oferecer conforto e afeto a outros, quando se mostram angustiados ou tristes;</li> <li>4. Ausência de partilha de prazer, em termos de satisfação pela felicidade de outras pessoas e/ou procura espontânea de partilhar o seu próprio prazer através do envolvimento com outros;</li> <li>5. Falta de reciprocidade social e emocional, revelada por uma deficiente resposta ou por resposta desviante às emoções de outras pessoas; e/ou ausência de modulação do comportamento em resposta ao contexto social e/ou fraca integração de comportamentos sociais, emocionais e de comunicação;</li> </ol>
<p><b>C. Défices qualitativos na comunicação:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atraso, ou total ausência, de linguagem oral, não acompanhado por tentativas para compensar através do recurso a gestos ou a mímica, como formas alternativas de comunicação (frequentemente precedidos por ausência de balbucios com intenção de comunicar);</li> <li>2. Incapacidade relativa para iniciar ou manter uma conversação (independentemente dos níveis de competência linguística do sujeito), não se verificando reciprocidade nem reação à comunicação por parte de outras pessoas;</li> <li>3. Uso estereotipado e repetitivo da linguagem e/ou uso idiossincrático de palavras ou de expressões;</li> </ol>

4. Volume de voz, entoação, velocidade, ritmo e acentuação anormais;
5. Ausência de jogo realista variado e espontâneo, ou (quando o sujeito é muito novo) de jogo social imitativo.

**D. Padrões de comportamento, interesses e atividades restritas, repetitivos e estereotipados:**

1. Preocupação absorvente por padrões estereotipados e restritos;
2. Ligações específicas a objetos inusitados;
3. Adesão, aparentemente compulsiva, a rotinas ou a rituais específicos e não funcionais;
4. Maneirismos motores estereotipados e repetitivos que envolvem sacudir ou rodar as mãos/os dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo;
5. Preocupação com partes de objetos ou com elementos não funcionais de brinquedos (tal como o seu odor, a textura da sua superfície ou o ruído/vibração que geram);
6. Agitação provocada por pequenas mudanças triviais não funcionais do ambiente.

**E.** O quadro clínico não é atribuível a outras perturbações globais do desenvolvimento (síndrome de Asperger, síndrome de Rett, perturbação desintegrada da segunda infância), nem a uma perturbação da linguagem receptiva associada a problemas sociais e emocionais específicos, a uma perturbação de vinculação reativa, a deficiência mental à qual esteja associada uma perturbação emocional/comportamental, ou a esquizofrenia de manifestação pouco usualmente precoce.

**Fonte:** International Classification of Diseases, 10ª edição, Organização Mundial de Saúde, 1994

Os autores Gilbert & Coleman (1992, cit. Marques, 2000) defendem que a classificação do autismo designa, atualmente, uma categoria de diagnóstico mais abrangente.

O termo autismo é expressão sintomática de uma perturbação cerebral, provocada por diferentes tipos de lesões. Assim, tendo em atenção tudo o que foi referenciado anteriormente, o autismo é encarado como uma das perturbações globais do desenvolvimento. Tendo em conta o sistema de diagnóstico, estas perturbações abrangem o autismo clássico, a perturbação de rett, a perturbação desintegrativa da segunda infância, a perturbação de asperger e a perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação.

De acordo com este sistema de diagnóstico, estas perturbações abrangem não apenas o autismo clássico (que aqui emerge com a designação de perturbação autista,

autismo infantil precoce, autismo infantil ou autismo de Kanner), mas também outras perturbações que manifestam variação do autismo clássico (cf. DSM-IV, 2008).

Na continuação deste raciocínio, Marques (2000) com base no DSM-IV descreve os cinco diagnósticos específicos do espectro do autismo que abrangem a perturbação desintegrativa da segunda infância (ao desenvolvimento precoce anormal associada a uma desintegração não aplicada, geralmente durante os cinco primeiros anos de vida), o síndrome de rett (etiologia genética pelo facto de atingir somente o sexo feminino, com um início normal perdendo posteriormente as capacidades adquiridas); a perturbação perversiva do desenvolvimento não específica (presença de menos itens e de menos gravidade do que o diagnóstico do autismo) e o síndrome de asperger (diagnóstico de forma mais tardia do que o autismo pelo facto dos atrasos não serem tão marcados, a socialização não é muito afetada).

## 1.9. Objetivos Educacionais

Na maior parte das vezes, as crianças autistas têm problemas de comportamento o que dificulta o ensino de qualquer tarefa. Quando esta situação acontece é necessário intervir nessa área de formar a eliminar os comportamentos desajustados, tendo sempre presente a comunicação e a linguagem.

A educação da criança autista deve incidir sobre três áreas prioritárias, são elas a comunicação-interação, a linguagem e o desenvolvimento cognitivo. Para além destas áreas também existem outras que não devem ser esquecidas, tais como, a psicomotricidade, a coordenação visual-motora, a autonomia e os comportamentos agressivos e desajustados.

De acordo com Oliveira (2005) alguns autistas poderão ter sucesso académico, serem bons alunos, terem êxito nas suas opções profissionais e ao mesmo tempo experienciar algumas dificuldades sociais e de comunicação, necessitando de ajudas para se adaptarem. Outros apresentarão dificuldades na aprendizagem exigindo suporte para realizar as tarefas mais simples do dia-a-dia. Cerca de cinco por cento dos autistas adquirem técnicas instrumentais e conhecimentos académicos.

### 1.9.1. *Intervenção na área de comunicação-interação*

Esta é uma área prioritária por excelência, destacando-se como sendo a mais importante. Qualquer criança, seja qual for o seu nível de desenvolvimento, poderá ser

educada nesta área, a não ser que apresente um comportamento “totalmente desajustado”, na sala de aula “durante todo o tempo”. Na visão de, Garcia & Rodriguez (1997: 257) para “se poder educar uma criança a nível da comunicação, basta que ela possua algumas aptidões”.

Na opinião de Riviere (1989, cit. Garcia & Rodrigues, 1997), a primeira condição para impulsionar a comunicação, para conseguir o que, nas teorias psicoafectivas, foi denominado “desbloqueio”, é conseguir que o educador “exista”. Este educador não é aquele que tenta interpretar as estereotípias da criança, deixando-a integrar-se aos seus rituais e atividades solitárias, mas, pelo contrário, é aquele que:

- ✓ Tem com a criança um relacionamento que é facilmente compreendido por esta, porque tudo é estabelecido ordenadamente e não ao acaso.
- ✓ Põe limites às suas condutas não adaptadas.
- ✓ Reforça, discriminando, os seus comportamentos adaptados e funcionais.
- ✓ Planifica situações estáveis e estruturadas.
- ✓ Ajuda a criança a refrear as auto gratificações e faz compreender quais dos seus comportamentos e atitudes são caprichos não permitidos.
- ✓ É claro nas ordens e instruções que dá à criança.
- ✓ Tem em geral uma atitude diretiva na planificação de atividades e duração das mesmas.

Assim, segundo Garcia & Rodrigues (1997) através de diversas formas (gestos e palavras) a criança autista é capaz de entender o que lhe é pedido e percebe que está a ser compreendida.

Esta área é bastante deficitária e surge no período sensório motor. Sendo assim, o desenvolvimento das capacidades desta área devem ser iniciadas neste período, para que ocorra a aquisição das mesmas. Segundo Curcio (1978, cit. Garcia & Rodrigues 1997: 258), a “comunicação-interação tem vários objetivos que incidem sobre aquisições a fazer no período sensoriomotor, nomeadamente:

- ✓ Contacto através do olhar;
- ✓ Proximidade e contacto físico;
- ✓ Coorientação do olhar, com ou sem sinal prévio;
- ✓ Chamadas de atenção funcionais sobre fatos, objetos, ou sobre si mesmo;
- ✓ Uso funcional de emissões, vocalizações, palavras ou frases, olhando e dirigindo-se ao adulto;
- ✓ Uso do sorriso como contacto social;
- ✓ Pedido de ajuda ao adulto quando precisa de alguma coisa;

- ✓ Comportamento instrumental: reconhecimento e utilização de uma ou várias formas para alcançar um fim;
- ✓ Dirigir-se ao adulto olhando-o de frente e/ou vocalizando;
- ✓ Reproduzir para o adulto uma determinada atividade ou parte dela;
- ✓ Dar e mostrar objetos;
- ✓ Antecipar-se numa realização, antes que lhe seja pedido;
- ✓ Jogo recíproco”.

Estes comportamentos podem ser trabalhados quer usando a forma imperativa ou declarativa, depende do objetivo a trabalhar. A função declarativa é mais difícil para a criança, no entanto, pode ser utilizada com o objetivo de mostrar ou ensinar algo. Para Dale (1981) o principal instrumento da modificação de comportamentos é feito através do gesto e do olhar.

### *1.9.2. Intervenção sobre a linguagem*

Quer o educador, quer os pais devem ter um papel ativo na reeducação da linguagem da criança autista, pois esta intervenção não pode ser feita apenas pelo terapeuta da fala, fisioterapeuta e médico.

Até à década de 70, as crianças limitavam-se apenas a compreender e a imitar mensagens verbais o que impedia que estas fossem capazes de compreender ou imitar mensagens em determinados contextos. Esta situação agravou-se uma vez que as crianças aprendiam ou comunicavam apenas em situações de treino.

Halliday (1975 cit. Garcia & Rodriguez, 1997) sustentava que o critério fundamental para a escolha de objetivos e tarefas na área da linguagem seria o seu pragmatismo e funcionalidade. É por isso que o ensino da linguagem deveria basear-se nas funções comunicativas e na etapa de desenvolvimento em que surge:

- ✓ Instrumental
- ✓ Regulador
- ✓ Interativa
- ✓ Pessoal
- ✓ Referencial
- ✓ Hermenêutica
- ✓ Imaginativa
- ✓ Conversação

A linguagem simbólica é bastante deficitária nos autistas, sendo assim, é fundamental tê-la em conta no processo de simbolização, bem como, no jogo simbólico. A sua estimulação poderá ser feita através de alguns jogos, tais como: jogos de sequências fixas de objetos; jogos de reprodução de objetos em sequências fixas/variáveis, entre outros. Estas atividades devem ter como alicerce a vida quotidiana das crianças autistas e serem realizadas através da interação e imitação de forma clara e organizada.

### *1.9.3. Intervenção na área cognitiva*

A maioria das crianças autistas apresenta atraso mental, o que nos leva a estipular objetivos a trabalhar com estas crianças.

Segundo Rosa Ventoso (1990, cit. Garcia & Rodrigues 1997: 260), para essas crianças, os objetivos a trabalhar deveriam de incidir sobre:

- ✓ “Promoção de mecanismos básicos de atenção;
- ✓ Promoção de relações entre objetivos e meios; condutas instrumentais e resolução de problemas simples;
- ✓ Promoção de mecanismos e comportamentos básicos de imitação em situações reais e funcionais;
- ✓ Promoção de comportamentos básicos de utilização funcional de objetos e primeiras utilizações simbólicas;
- ✓ Promoção de mecanismos básicos de abstração, primeiros conceitos simples e, caso necessário, pré-requisitos para discriminação perceptiva;
- ✓ Promoção da compreensão de redundâncias, extração de regras e antecipação”.

Neste seguimento, Rosa Ventoso (1990: 261) apresenta objetivos de desenvolvimento para as crianças que usufruem de um desenvolvimento intelectual próximo do normal, designadamente:

- ✓ “Simbolismo complexo; jogo simbólico elaborado;
- ✓ Apreciação de relevâncias e compreensão de contextos significativos alargados quer em acontecimentos da sua própria vida quer em representações pictóricas ou em relatos;
- ✓ Atenção e concentração, tanto em trabalhos escolares como em situações livres;

- ✓ Compreensão de regras e utilização flexível das mesmas em contextos sociais”.

#### *1.9.4. Intervenção nos problemas de comportamentos*

Nesta terapia, cabe ao terapeuta definir quais os comportamentos a alterar, sejam eles deficitários ou excessivos. Após esta definição são identificados os fatores que originaram este tipo de comportamento. Seguidamente realiza-se um plano de intervenção com técnicas adequadas e por fim, procura-se generalizar os comportamentos reaprendidos com o apoio das pessoas mais próximas do autista.

Em suma, a técnica mais adequada para eliminar este tipo de comportamentos é sem dúvida a aprendizagem de comportamentos adequados.

#### *1.9.5. Outros tipos de intervenção*

Eis alguns exemplos, dos principais tipos de intervenção de grande relevância que atualmente têm como principais objetivos, modificar comportamentos e dar especial atenção à promoção das capacidades de comunicação das crianças com PEA.

Neste seguimento, Marques (2000) refere que o programa TEACCH (tratamento e educação de crianças autistas e com perturbações da comunicação) foi desenvolvido no departamento de psiquiatria da faculdade de medicina da Carolina do Norte, por Eric Shopler em 1971, nos Estados Unidos. A filosofia deste modelo tem como objetivo, ajudar a criança com PEA a crescer e a melhorar os seus desempenhos e capacidades adaptativas de modo a atingir o máximo de autonomia ao longo da vida.

Este método foi criado para avaliar a criança, o qual faz uso de uma avaliação denominada por PEP-R (perfil psicoeducacional revisado), tendo presente os seus pontos bons e fracos o que possibilita uma programação individualizada.

A metodologia TEACCH baseia-se num sistema de organização do espaço, do tempo, dos materiais, e das atividades de forma a facilitar os processos de aprendizagem e a autonomia das crianças e a diminuir a ocorrência de problemas de comportamento.

Marques (2000) afirma que o programa TEACCH é baseado no ensino estruturado, o qual permite que o mundo pareça mais previsível e menos confuso para a criança/pessoa autista.

De acordo com Gonçalves (2008: 68) o ensino estruturado permite: “fornecer uma informação clara e objetiva das rotinas; manter um ambiente calmo e previsível; atender à



sensibilidade do aluno aos estímulos sensoriais; propor tarefas diárias que o aluno é capaz de realizar e promover autonomia”. Através da criação de situações de ensino/aprendizagem estruturadas, minimiza as dificuldades de organização e sequencialização, proporcionando segurança, confiança e ajuda à criança com PEA a capitalizar as suas forças.

O programa TEACCH tem por base um ensino estruturado, sendo composto por quatro componentes principais: a estrutura física da sala (a sala está dividida por áreas de trabalho); a informação visual da sala (todas as áreas que compõem a sala estão nitidamente identificadas, por imagens, símbolos ou pictogramas); o plano de trabalho (mostra ao aluno o que fazer em cada área de trabalho e ajuda-o a perceber o que é esperado dele em determinada tarefa) e as pistas facilitadoras do desempenho (são ferramentas importantes no ensino de crianças/jovens com PEA, funcionam como mecanismos que ensinam os autistas a olhar para as instruções).

As maiores críticas ao programa TEACCH têm sido relacionadas à sua utilização com crianças de alto nível de funcionamento. Outra crítica ao TEACCH é que este modelo supostamente “robotiza as crianças”. Mello (2005) defende que o TEACCH, adequadamente usado, pode ajudar muito estas crianças.

Uma outra ajuda possível será o programa ABA (Applied Behavior Analysis – análise de comportamento aplicado) o qual tem como objetivo ensinar a criança com autismo habilidades que ela não possui, introduzindo habilidades por etapas. Cada uma das habilidades é ensinada em esquema individual, inicialmente associada a uma indicação ou instrução. Quando é necessário é dado algum apoio, como por exemplo apoio físico, que deverá ser retirado logo que seja possível para que a criança não fique dependente dele.

O modelo ABA, segundo Marques (2000) tem como principais etapas a avaliação inicial cuidadosa e aprofundada para determinar as competências da criança; criação de um plano de trabalho e selecionar metas de intervenção individual.

O mais importante é tornar a aprendizagem agradável para a criança e ensiná-la a identificar os diferentes estímulos, nunca sendo criticada pelos erros cometidos.

O modelo ABA também é alvo de críticas, tal como o modelo TEACCH, considera-se que as crianças são robotizadas sendo considerado um método dispendioso.

Por outro lado, podemos salientar o modelo Floor-time (tempo para intervir no chão), é um modelo de intervenção com crianças com perturbações de comunicação e de relação. De acordo com Marques (2000: 106) este modelo visa “envolver a criança numa relação afetiva, baseada numa abordagem estruturada e na certeza que em todas as

crianças existe alguma capacidade para comunicar e que essa capacidade depende do seu grau de motivação e de envolvimento afetivo”. Com este modelo a criança pode melhorar e construir um círculo de interesses e de interações com o adulto. Através deste modelo é definido um perfil individual da criança, para posteriormente proceder-se à intervenção através da estimulação conjunta do equilíbrio e tato; à terapia do jogo, onde são utilizados vários brinquedos numa sala; e terapia da fala, sendo comum o uso do programa PECS (Picture Exchange Communication System), enquanto programa estruturado para a promoção da comunicação.

Mello (2005) refere que o programa PECS, foi desenvolvido para ajudar crianças e adultos com autismo e com outros distúrbios de desenvolvimento a adquirir habilidades de comunicação.

Inicialmente o programa foi usado com indivíduos que não se comunicavam e que utilizavam a comunicação com baixa eficiência.

Por tudo isto, parece-nos pertinente formular um ponto de reflexão uma vez que, os três modelos têm uma base comportamental e pretendem modificar comportamentos. Todos os modelos assentam numa intervenção direta, as tarefas são ensinadas de uma forma hierarquizada e estruturada utilizando para tal, programas estruturados para a promoção da comunicação.

Para além das intervenções já mencionadas existem outras, tais como: tratamentos psicoterapêuticos, fonoaudiológicos, musicoterapia entre outros, no entanto, estes não possuem uma linha formal que os caracterize no tratamento do autismo, no entanto, têm como finalidade melhorar o desempenho, as capacidades individuais e desenvolver a adaptação dos autistas ao mundo que os rodeia.

## 2. Equoterapia

De acordo com Dotti (2005), os destinos do cavalo e do homem são indivisíveis, sendo conhecido o valor deste animal na vida do homem (como uma fonte de trabalho agrícola, passeio, desportos, trabalhos diversos, amizade e guerra) e o quanto tem sido útil no progresso da humanidade.

Atualmente é também reconhecido como instrumento terapêutico, utilizado de forma complementar ou alternativa às terapias tradicionais.

Na doutrina da Associação Nacional Equoterapia, aprovada pelo Conselho Federal de Medicina a equoterapia designa “o método terapêutico e educacional que engloba todas as terapias feitas com o cavalo” (Ande-Brasil, 2002: 12). Especialmente através da prática das seguintes terapias: hipoterapia e equitação com fins terapêuticos, que irão ser definidas e desenvolvidas neste capítulo.

### 2.1. Definição de Equoterapia

A palavra Equoterapia, termo adotado pela Associação Nacional de Equoterapia (Ande-Brasil) em 1989, origina-se etimologicamente do radical latino *equus* associado ao grego *therapéia*, referenciando-se, assim a língua latina, base do português, e à grega como homenagem a Hipócrates de Loo (377-458), pai da Medicina. O conceito de equoterapia pode ser definido como “um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou necessidades especiais (...) é uma terapia que engloba todas as terapias feitas com o cavalo” (Ande-Brasil, 2002: 21).

Em 1997, a equoterapia foi reconhecida pelo conselho federal de medicina como método terapêutico, destacando-se pela sua eficiência e complementaridade no tratamento de pessoas com NEE. Caracteriza-se por utilizar um conjunto de técnicas reeducativas e atividades lúdico-desportivas para promover a superação de danos sensoriais, motores, cognitivos e comportamentais.

Neste sentido, a equoterapia é aplicada por intermédio de programas específicos organizados de acordo com as necessidades e potencialidades do praticante, da finalidade do programa e dos objetivos a serem alcançados, com duas ênfases:

- com intenções médicas, com técnicas terapêuticas visando a reabilitação;

- com fins educacionais e/ou sociais com aplicação de técnicas psicopedagógicas visando a integração ou reintegração.

Ande-Brasil (2002: 18) apresenta as seguintes áreas de aplicação da equoterapia:

- “reabilitação: direcionada para pessoas portadoras de deficiência física e/ou mental;
- educação: direcionada para pessoas com necessidades educativas especiais e outros;
- social: direcionada para pessoas com distúrbios evolutivos ou comportamentais”.

De acordo com Ande-Brasil (2002: 22), os “programas básicos de equoterapia são a hipoterapia, equitação terapêutica e pré-desportivo”.

## 2.2. Evolução histórica da equitação com fins terapêuticos

*“ A equitação terapêutica é mais vasta, dirigindo-se a cavaleiros com diversas disfunções, entre as quais dificuldades de aprendizagem, linguagem, comportamento, cognição e disfunções nas competências gerais do movimento. A equitação pode ainda servir de complemento à hipoterapia ou para uma necessária transição entre técnicas específicas médicas.”*

*(Vasconcelos, 1998:6)*

Desde a antiguidade, mais concretamente, séc.III A.C. com Hipócrates, já se falava do contributo saudável do cavalo, contudo não existe data definida de quando se começou a utilizar os animais na assistência terapêutica.

Os princípios e fundamentos da equitação terapêutica são recentes. Contudo, os benefícios proporcionados pelo cavalgar são descritos desde a Antiguidade. Vários autores (Associação Nacional de Equoterapia, 2002; Medeiros; Dias, 2002; Lermontov, 2004; Uzun, 2005) investigam a respeito da utilização do cavalo com fins terapêuticos ao longo da História:

- **458-370a.C.:** Hipócrates, em “Livro das dietas”, referiu que a equitação tonificava os músculos e era eficaz no tratamento da insônia.
- **124-40a.C.:** Asclepiades de Prússia, médico grego, indicou a equitação para tratamento de epilepsia e vários tipos de paralisia.
- **130-199d.C.:** Galeno recomendou que o Imperador Marco Aurélio praticasse equitação como forma de estimular tomadas de decisão mais rápidas.
- **Idade Média:** A equitação é citada pelos povos árabes em um texto de pedagogia.
- **1569:** Mercuriales, na Itália, escreve em “Da arte Gimnastica” que a equitação exercita o corpo e os sentidos, além de mencionar as diferentes andaduras do cavalo.

- **Século XVII:** Foram produzidas diversas obras médicas na Europa com capítulos tratando dos benefícios da equitação.
  - **1719:** Friedrich Hoffmann define o passo como a andadura mais saudável no livro “Instruções aprofundadas de como uma pessoa pode manter a saúde e livrar-se de graves doenças através da prática racional de exercícios físicos”.
  - **1747:** Na Alemanha, Samuel Theodor Quelmalz, na obra “A saúde através de equitação”, faz a primeira referência ao movimento tridimensional do dorso do cavalo.
  - **1772:** Giuseppe Benvenuti escreve em “Reflexões acerca dos efeitos dos movimentos do cavalo” que a equitação tem ativa função terapêutica.
  - **1782:** Na França, Joseph C. Tissot define o passo como a andadura com maior ação terapêutica, e é o primeiro a descrever contra-indicações à prática exagerada da equitação.
  - **1792:** Surge em Inglaterra a terapia assistida por animais (TAA), também denominada por Zooterapia e foi aplicada numa instituição de tratamento de portadores de deficiência mental. Desde este momento, o Dr. Tuke descobriu que os animais poderiam oferecer experiências humanas a nível emocional a estes pacientes.
  - **1875:** o neurólogo francês Chassagnac descobre que o movimento do cavalo era capaz de melhorar o equilíbrio, o movimento articular e o controle muscular dos seus pacientes.
  - **1890:** O fisiatra sueco Gustavo Zander afirma que vibrações com frequência de 180 oscilações por minuto seriam capazes de estimular o sistema nervoso simpático.
  - **1901 e 1917:** O Hospital Ortopédico de Oswentry e o Hospital Universitário de Oxford, respetivamente, são os primeiros a estabelecer ligação entre a atividade equestre e hospitais.
- “Após a Primeira Guerra Mundial o cavalo entrou definitivamente na área da reabilitação, sendo empregado como instrumento terapêutico nos soldados sequelados do pós-guerra. Os países escandinavos foram os primeiros a utilizá-lo com tal finalidade, obtendo resultados satisfatórios, estimulando o nascimento de outros centros na Alemanha, França e Inglaterra.” (Medeiros; Dias, 2002: 3).
- **1952:** Olimpíadas de Helsinki, a dinamarquesa Liz Hartel, apesar das sequelas de poliomielite, conquistou a medalha de prata no adestramento e despertou a atenção da classe médica. Repetiu a façanha quatro anos depois, em Melbourne.
  - **Década de 60:** Grande desenvolvimento da equoterapia na Europa, principalmente na França. Neste período a equitação era usada empiricamente e os seus resultados relatados em alguns livros (“Reeducação através da equitação” de Delubersac e Lalleri,

“De Karen com amor” de Killilea) até que, em 1965, torna-se matéria didática na Universidade Salpetrière.

- **1972:** Defendida a primeira tese de doutorado sobre equoterapia, na Universidade de Paris – Val-de-Marne, pela Dra. Collete Picart Tritelin.
- **1974:** Iniciada a realização de congressos internacionais sobre equoterapia, com repetição a cada três anos.
- **1984:** Na Universidade Martin Luther, Alemanha, o suíço Detllev Rieder mediu a frequência de oscilações do dorso do cavalo, chegando ao número de 180 por minuto, o mesmo recomendado por Zander, em 1890.
- **1985:** Criada a *Federation Riding Disabled International* (Frdi), Federação Internacional de Equoterapia, atualmente sediada na Bélgica.
- **1989:** No Brasil, fundada a Associação Nacional de Equoterapia (Ande-Brasil), com sede em Brasília.
- **1997:** A equoterapia é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como recurso terapêutico por meio do parecer 06/97 de 9 de abril de 1997.
- Em **Portugal**, a equitação com fins terapêuticos deu os primeiros “passos” em 1980, no Algarve, onde, Beverly Gibbons e Katheryn Watson desenvolveram e dirigiram a Associação Hípica para deficientes de Faro, destinada a portadores de Paralisia Cerebral. Posteriormente, criaram uma valência em Lisboa, (Associação Hípica para deficientes de Cascais) tendo como principal objetivo assistir às carências detetadas na região. Atualmente, as duas associações supramencionadas, em colaboração com diversos núcleos de associações para deficientes, têm vindo a proporcionar a implementação desta terapia noutros distritos de Portugal (Beja, Braga, Coimbra, Évora, Porto e Aveiro – escola equestre de Cacia e Albergaria), suscitando grande procura, em oposição à pouca oferta, não só para este tipo de deficiências, mas também para autistas e crianças com problemas de comportamentos.

Ao longo da segunda metade do séc. XX, foi-se assistindo a um desenvolvimento das práticas terapêuticas, nomeadamente em tratamentos fitoterapêuticos, psicoterapias, correção de comportamentos antissociais, problemas afetivos ou de comunicação entre outros.

Neste seguimento, destacamos Pacchiale (2002), quando refere que a equitação com fins terapêuticos é reconhecida, como sendo mais do que uma moderna técnica baseada na aplicação de conhecimentos técnico-científicos no campo das terapias.

### 2.3. Estudos realizados no âmbito da equitação com fins terapêuticos

Em 1875 foram realizadas as primeiras investigações com o intuito de demonstrar o valor terapêutico da equitação.

Neste ano, o neurologista francês Chassaignac (cit. Bain, 1965: 263) demonstrou que “um cavalo em ação melhora o equilíbrio, o movimento articular e o controlo muscular dos seus pacientes”. As suas experiências convenceram-no de que montar a cavalo melhorava o estado de ânimo/espírito e que era particularmente benéfico para os paraplégicos e pacientes com outros transtornos neurológicos.

Também, Becker (2003, cit. Nóvoa & Braga (s/data), refere que a serenidade e a autenticidade do animal contagia-nos, obriga-nos e induzem-nos a romper com o nosso habitual esquema comportamental mediante o entretenimento gerado, os indivíduos afastam-se de dores e/ou estados depressivos (ou outros), facilita-se a interação entre desconhecidos diminuindo a sensação de solidão, mediante o exercício, a atividade favorece-se a autoestima.

Neste seguimento podemos referir Horster et al. (1976: 19) apresentam um estudo sobre os efeitos da equitação terapêutica, onde se concluiu que a prática desta terapia trazia “benefícios ao nível psicológico e melhorias notáveis ao nível da coordenação, tónus muscular e reações”. Havia consenso relativamente aos efeitos da terapia na atribuição de algumas dificuldades, nomeadamente em alguns pontos chave, como a espasticidade. Tendo sido, evidenciados neste estudo, os efeitos benéficos a nível psicológico.

Por outro lado, podemos salientar Satter (1978: 350) demonstrou através de um estudo realizado na Austrália, com crianças com paralisia cerebral, que contrariamente aos resultados de Feldkamp, a “equitação terapêutica é uma atividade que controla o tónus muscular, melhora o controlo da postura, a coordenação de movimentos e a orientação espacial, o equilíbrio, corrige as posições, criando simetria relativamente à cabeça e postura, e controla a espasticidade dos grupos adutores que são ajudados pelos movimentos tridimensionais do cavalo, realçando também, os efeitos a nível emocional”.

A este propósito, Trienbencher (1998, cit. Lobo, 2003), refere que a ligação do paciente a um animal está positivamente relacionada com o seu sentido de autoestima. A escolha dos animais para a prática de equitação terapêutica é feita de acordo com a personalidade que apresentam: gostarem de contactar com humanos; temperamento dócil; pacientes e “Interesse” pela aprendizagem.

Tendo em atenção tudo o que foi referido anteriormente, podemos constatar que a maioria dos estudos realizados, estão relacionados com a paralisia cerebral e outros distúrbios neurológicos, e os seus efeitos benéficos são essencialmente de ordem fisioterapêutica, mas também psicológica.

No que concerne às investigações feitas no campo da equitação terapêutica, em crianças autistas, podemos dizer que os benefícios nestas crianças têm sido bastante notórios e evolutivos na vida destas crianças.

#### 2.4. Definição de Hipoterapia

*“ (...) a hipoterapia está dirigida à reabilitação motora, beneficiando cavaleiros com disfunções de movimentos.”*

*(Vasconcelos, 1998: 6)*

O termo “Hipoterapia” foi introduzido em 1966 pelo neurologista suíço H.F. Kaser. Segundo Fitzpatrick & Tebay (1998), o termo hipoterapia deriva da palavra grega *hippos*, significando cavalo, montar a cavalo, sendo usado com uma forma do tratamento. O cavalo, com o seu movimento rítmico, dinâmico será usado para influenciar na postura do praticante, equilíbrio e mobilidade.

De acordo com os autores Lubersac & Lallery (1973: 3) a “hipoterapia é um método de intervenção terapêutica global e analítico, extremamente rico, que engloba o indivíduo no seu complexo psicossomático, quer seja praticado com deficientes físicos ou mentais”.

Para Alves (2009), o principal objetivo da hipoterapia consiste em melhorar a postura do indivíduo, equilíbrio, mobilidade e função. Trata-se de um tratamento individualizado com uma aproximação de equipa, em que o cavalo é usado como o instrumento terapêutico, e o indivíduo que o monta, é um paciente e não um cavaleiro.

Numa primeira etapa, o paciente deverá por começar a fazer visitas informais a um qualquer centro hípico. Deste modo, começará a tomar contato com os cavalos, com outras pessoas/crianças, com o cheiro do picadeiro e com o ambiente especial que o envolve. O contato com o cavalo deverá ser gradual, acariciando-o e vencendo os seus medos, criando desta forma, uma relação de empatia entre paciente/cavalo.

Loving (1999, cit. Seixas, 2011) concluiu que é possível a utilização de qualquer raça de cavalo, desde que apresentem características favoráveis à prática da hipoterapia, nomeadamente:

- “ deve ser uma cavalo obediente, dócil e que não se assuste com facilidade;



- deve ter mais de cinco anos;
- deve ter altura mediana (1,50m ao garrote);
- deve ter as três andaduras: passo, trote e galope suaves;
- deve ser aprovado por um equitador experiente” (Seixas, 2011: 6).

Atendendo ao cenário anteriormente exposto, os autores Leitão (2004) e Fonseca (2008), defendem que quando se pratica hipoterapia, não se ensina a montar, não se trata de uma aula de equitação, mas de um meio de tratamento. Com a prática desta terapia o paciente não exerce qualquer influência ativa sobre o cavalo, apenas se deixa conduzir, reagindo ao movimento do cavalo e, quando colocado sobre o mesmo, adquire reações automáticas ao seu movimento tridimensional (para cima e para baixo, para a esquerda e para a direita, para a frente e para trás), similares aos padrões do movimento humano, este paralelismo favorece a construção da percepção deste movimento. Através desta terapia o paciente diminui a ansiedade e aumenta a sua confiança.

Os autores Faria & Santos (2005) lembram que a tónica da hipoterapia não é a transição de movimentos mas sim, o desenvolvimento do equilíbrio e correção postural dentro das posições assumidas inicialmente. Salienta-se que na prática da hipoterapia usa-se apenas o passo (corresponde aos movimentos doces e rítmicos do cavalo) excluindo-se os restantes andamentos (trote e o galope). Neste sentido, também, Lermontov (2004) considera que o passo é a andadura mais indicada para a hipoterapia devido à sua regularidade. Como realça Lobo (2003: 50) “o passo possui uma frequência de 1 a 1,25 movimentos por segundo, o que leva o paciente a realizar de 1800 a 2250 ajustes tónicos em trinta minutos de sessão”. Para a prática desta terapia torna-se necessário o uso de um cobertor de pele de carneiro ou colocar-se o paciente sobre o dorso nu do cavalo. Assim, permite-se que o paciente tenha uma maior reação aos movimentos do cavalo e sinta o usufruto de um maior benefício proporcionado pelo calor do animal. O cavalo oferece 110 movimentos multidimensionais pela impulsão por minuto. Nenhum terapeuta, não importa como motivado ou talentoso, pode competir com esta estimulação de qualidade. Concluindo-se que a convivência com o cavalo garante o bem-estar do paciente.

Nesta linha de pensamentos, importa portanto, reforçar a importância e a vantagem da relação entre o paciente e o cavalo, bem como a valorização que lhe deve ser dada. A este propósito, destacamos uma referencia que Watson (1995: 8) faz, na qual pronuncia “(...) a hipoterapia deverá ser realizada por uma equipa interdisciplinar que saiba avaliar os défices e o potencial do paciente, e um instrutor que conheça bem os cavalos, os seus movimentos e as suas reações”.

### **2.4.1. Benefícios da Hipoterapia**

Tal como afirma Lermontov (2004), a hipoterapia é um método único que estimula crianças a superar os seus problemas, contribuindo para a melhoria do estado psicológico, desenvolvendo uma sensação de orgulho e vitória contra a doença e consequentemente, facilita a remoção do complexo de inferioridade. Já Seixas (2011), destaca alguns benefícios da prática da hipoterapia no desenvolvimento global do indivíduo que se refletem nos seguintes níveis:

#### **A Nível Neuromotor:**

- ✓ “Diminui a espasticidade;
- ✓ Melhora a coordenação e a dissociação de movimentos;
- ✓ Melhora o controlo postural;
- ✓ Regulariza o tônus muscular, no andamento a passo, ao serem movimentados trezentos músculos, fomentando o equilíbrio tónico;
- ✓ Desenvolve a lateralidade;
- ✓ Promove a coordenação psicomotora grossa e fina;
- ✓ Potencia desenvolvimento da elasticidade, agilidade, flexibilidade e força muscular;
- ✓ Estimula o sistema sensório-motor;
- ✓ Melhora a rapidez dos reflexos;
- ✓ Aumenta a capacidade de movimentos das articulações;
- ✓ Reduz os padrões de movimentos anormais;
- ✓ Melhora a capacidade respiratória e circulatória.

#### **A Nível Sensitivo:**

- ✓ Desenvolve e melhora a noção de esquema corporal;
- ✓ Aumenta e melhora a capacidade de percepção senso-tátil;
- ✓ Aumenta a integração sensorial: tátil (o contato com o pelo, boca e corpo do cavalo), visual (o aumento do campo visual estando em cima do dorso do cavalo), auditiva (o relinchar, o mastigar, o som da respiração, o golpe da ferradura contra o solo do cavalo e os sons do campo ou picadeiro) e olfativa (o odor das cavalariças, da pele do cavalo, da comida e do campo).

### **A Nível Psicológico-cognitivo:**

- ✓ Melhora e aumenta a comunicação gestual e oral;
- ✓ Aumenta o vocabulário;
- ✓ Ajuda a construir frases corretamente;
- ✓ Melhora a articulação das palavras;
- ✓ Melhora a concentração.

### **A Nível de Socialização:**

- ✓ Melhora a relação com as pessoas que não pertencem ao seu meio familiar (através da interação estabelecida com toda a equipa envolvida na terapia);
- ✓ Cria laços de amizade com os seus companheiros e terapeutas;
- ✓ Desenvolve respeito e amor pelos animais e pela natureza;
- ✓ Desenvolve o sentido de auto controle emocional;
- ✓ Promove o gosto pela prática de desporto. “ (Seixas, 2011: 10)

Importa referir que a hipoterapia só poderá ser iniciada mediante um parecer favorável após avaliação médica e psicóloga. Realizada esta análise, o paciente será encaminhado para uma equipa interdisciplinar que se responsabilizará em acompanhá-lo durante as sessões seguintes. Uma equipa interdisciplinar torna-se indispensável, podendo incluir profissionais de fisioterapia, educação física, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, psicólogos, pedagogos e família. Todos os membros desta parceria são importantes para o seu progresso, tanto os pais podem ajudar a valorizar os membros desta equipa, como o contrário também se deve verificar. No fim desta estrada podemos encontrar a criança que pode beneficiar desta parceria, deste envolvimento (Bhering e De Nez, 2002; Bernardes, 2004; Marques, 1991).

É por isso, que Britton (1994, cit. Seixas, 2011: 56) sustenta que “a hipoterapia é um método que requer a necessidade de profissionais na condução do cavalo, como guia e auxílio durante a montaria, devido ao comprometimento físico e mental que o praticante apresenta”.

Os autores referidos anteriormente, descrevem os papéis que os diversos membros da equipa podem assumir: *Líder* – é a pessoa que conduz o cavalo; dentro das suas funções deverá conhecer bem o cavalo, permanecer à frente do cavalo a fim de o manter imóvel quando o cavaleiro pretende montar ou desmontar, deve estar atento às reações do cavalo, às ordens do assistente comunicador, manter um ritmo contínuo no sentido de evitar mudanças bruscas de direção ou andamento. Também faz parte desta equipa

direta o *Assistente Comunicador* – é a pessoa que comunica diretamente com o cavaleiro, costuma ser um profissional de saúde. As funções deste interveniente estão relacionadas com o conhecimento do diagnóstico do cavaleiro e em conjunto com a equipa, avaliar e traçar objetivos terapêuticos, escolher o material, escolher o cavalo, dar instruções ao Líder durante a sessão, captar a atenção do cavaleiro antes de dar uma ordem e, sempre que necessário, reforçar a ordem com gestos e/ou exemplos. O *Assistente Lateral* cabe-lhe fornecer alguma ajuda quando solicitado pelo assistente comunicador e conhecer as capacidades e as limitações do cavaleiro. Por último, o Monitor ou Instrutor, é a pessoa responsável pela segurança do picadeiro. As suas funções são variadas: verificar o estado geral dos cavalos, conhecer bem o seu temperamento, vigiar o aparelhar e verificar todo o equipamento e arreios, bem como, verificar se o picadeiro reúne todas as condições necessárias para a sua utilização.

Segundo Oliveira (2003) a prática da hipoterapia é realizada, consoante o nível e o controlo do paciente com o cavalo, pode-se trabalhar num picadeiro ao ar livre ou coberto. A duração de uma sessão de hipoterapia varia de centro para centro, podendo encontrar locais de 10 minutos de sessão a 30 minutos, mediante a necessidade de cada caso. Ainda, Oliveira (2005: 43) na relação triangular estabelecida entre o terapeuta, o utente/paciente e o cavalo, “procura-se desenvolver a expressividade relativa aos processos emotivos, cognitivos, relacionais e corporais que caracterizam a evolução global do indivíduo”.

#### *2.4.2. Destinatários da hipoterapia e equitação terapêutica*

O estudo de Britton (1991, cit. Lobo, 2003) ajuda-nos a compreender a hipoterapia/equitação terapêutica como um complemento terapêutico no tratamento de crianças com NEE. Este tratamento é eficaz nos portadores das seguintes condições:

- Atrasos gerais no desenvolvimento neuro psicomotor;
- Atrasos mentais;
- Autismo;
- Desordens emocionais, que podem englobar, transtornos alimentares, toxicomanias, sociopatias e psicomanias;
- Dificuldades de atenção, da fala, de aprendizagem e de comunicação;
- Distrofia muscular;
- Distúrbios visuais e/ou auditivos;
- Epilepsia;

- Esclerose múltipla;
- Espinha bífida;
- Hiperatividade;
- Paralisias, hemiplegias e amputações;
- Perda de mobilidade pela ocorrência de um AVC;
- Problemas de adaptação social;
- Reabilitação de estados de ansiedade, stress e doenças psicossomáticas associadas tais como a depressão e o luto;
- Síndrome de Down;
- Traumas craneo-encefálicos.

No entanto, e de acordo com Ande-Brasil (2002), a prática desta terapia não é aconselhável para problemas como: coluna instável, tumor na coluna, deslocamento do quadril ou das primeiras vertebrae do pescoço, vertigens, medo incontornável entre outros problemas.

#### *2.4.3. O cavalo como recurso terapêutico*

Ao longo dos séculos a utilização do cavalo na vida do Homem foi evoluindo, tendo sido utilizado como meio de conquista, de imigração, de transporte, de trabalho de crença, de lazer, de desporto.

Atualmente o cavalo é também, utilizado para estimular terapeuticamente pacientes com disfunções variadas, “ (...) só o cavalo pode transmitir ao cavaleiro uma sensação de segurança, através do calor do seu corpo e das batidas do seu coração” (Ande-Brasil, (2002: 30).

Através da análise de vários estudos existentes relacionados com esta temática, conclui-se que a presença de um animal ajuda a obter resultados mais eficazes e rápidos na terapia de pessoas com NEE, que apresentam uma baixa autoestima e autoconceito.

Lobo (2003) conta que têm sido utilizados diversas espécies de animais desde, cães, gatos, pássaros, macacos e cavalos. Neste seguimento, vários são os autores (Katcher e Friedman, 1980; Gorson, 1977; Meen, 1987; Medeiros, 2002), declaram que os cavalos (equinos) oferecem um benefício adicional devido ao seu tamanho, características de personalidade e aos fatores de risco que apresentam. Potenciando o desenvolvimento motor, cognitivo, psicológico e social.

Meen (1987: 65) refere que “os animais podem ser uma espécie de “veículos” para se adquirirem ganhos em áreas como: a comunicação, confiança, respeito e independência”.

O fato dos animais serem seres que exigem cuidados e necessidades especiais levam a que o paciente crie sentimentos de responsabilidade, com o intuito de dar resposta às exigências, quando muitas vezes estão alheados das suas próprias necessidades.

É neste sentido que Katcher e Friedman (1980, cit. Lobo, 2003: 41) concluíram que tinham sido obtidos dados clínicos suficientes, para afirmar que “o uso de animais como recurso terapêutico é uma terapia efetiva para crianças com desordens emocionais e mentais severas, autistas, atraso mental”.

George (1988, cit. Seixas, 2011) vem reforçar as ideias defendidas pelos autores referidos anteriormente, os animais podem ser utilizados de diversas formas, de modo a promover um desenvolvimento harmonioso e normal nas crianças. Reforçando que, recorrendo ao uso de animais nas terapias tradicionais, é obtido um tratamento mais frutífero e duradouro, aumentando e facilitando a interação do paciente com o terapeuta, começando, assim, a criança a expandir os seus contatos sociais.

Assim, tal como nos relembra Severo (2002), aprender a controlar um cavalo ajuda os jovens a controlarem-se a si próprios e antecipa as consequências do seu comportamento.

Da mesma opinião Wickert (2003: 19), refere-se “ao uso do cavalo como instrumento terapêutico (...) tem-se traduzido em resultados estatisticamente significativos no tratamento de recuperação de traumas, redução da agressão, depressão, baixa autoestima e autoconceito, falta de controlo e problemas de ordem emocional”.

Segundo Alves, (2009), a escolha do cavalo para uma sessão de hipoterapia deve obedecer essencialmente a três critérios: largura do dorso, frequência da passada e comprimento da passada.

Alguns autores referem-se ao fato de que os cavalos mais jovens não estão suficientemente desenvolvidos e são inexperientes, já os cavalos mais velhos poderão apresentar algum cansaço. Assim, o cavalo mais indicado para uma sessão de hipoterapia será essencialmente aquele com temperamento calmo e amável.

Segundo Ande-Brasil (2002), não existe uma raça de cavalo própria para a hipoterapia e muito menos o cavalo ideal. O binómio cavalo-utente é uma entidade

dinâmica, de maneira que nenhum princípio pode ser definido com precisão, pois obedece a um número incalculável de forças, efeitos e reações.

#### 2.4.4. Andaduras do Cavalo

De acordo com Ande-Brasil (2002), o cavalo possui três andamentos naturais e instintivos, que são: o *passo*, o *trote* e o *galope*. As andaduras trote e o galope correspondem aos andamentos saltados, ou seja, existe um tempo de suspensão em que o cavalo não toca com os membros no solo. Caracterizam-se por movimentos muito rápidos e bruscos quando executa a receção, exigindo do cavaleiro uma maior preparação a nível coordenativo para conseguir acompanhar os movimentos do cavalo (cf. Ande-Brasil, 2002).

Segundo Lobo (2003), o *passo*, é o andamento básico da equitação e é com este que se executam a maioria dos exercícios na hipoterapia. Caracteriza-se por ser um andamento ritmado, cadenciado e composto por quatro tempos, o que significa que não existe tempo de suspensão; é simétrico, ou seja, todos os movimentos produzidos de um lado do animal, reproduzem-se de igual forma do outro lado, em relação ao seu eixo longitudinal. É também, um andamento mais lento que o cavalo possui. Por fim, segundo Ande-Brasil (2002: 116) a característica mais importante para a equitação com fins terapêuticos é que “o *passo* transmite ao cavaleiro uma série de movimentos sequenciados e simultâneos, tridimensionais”. Estes movimentos tridimensionais, traduzem-se, no plano vertical, em movimentos para cima e para baixo; no plano horizontal, em movimentos para a direita e para a esquerda; e segundo o eixo transversal do cavalo, em movimentos para a frente e para trás.

Todos estes movimentos são complementados por uma pequena rotação da bacia do cavaleiro, provocada pelas flexões laterais do dorso do cavalo que transmitidas à cintura pélvica do cavaleiro, produzem um movimento similar à marcha humana, e exigem do utente uma resposta para que este mantenha o equilíbrio sobre esta base móvel (Riede, 1991, cit. Ande-Brasil, 2002).

Neste seguimento, Cohen (1992: 77, cit. Lobo, 2003) realça que “ (...) a grande vantagem do cavalo, é que este é capaz de fazer mover a cintura pélvica do doente, de um modo idêntico ao de uma pessoa saudável, numa passada regular, além de que não existe equipamento algum capaz de simular este movimento num ginásio”.

Na opinião de Cruz (1996, cit. Seixas, 2001), o ritmo do *passo* do cavalo, é também um fator importante, uma vez que corresponde, sensivelmente, ao nosso ritmo cardíaco,

favorecendo a calma e a descontração. Os movimentos rítmicos e harmoniosos do cavalo, a emissão do calor produzido pelo seu corpo, descontraído e distendido, favorecem assim uma primeira aproximação de atividade muscular.

De acordo com os autores, Lubersac e Lallery (1973, cit. Lobo: 49) “os músculos dos membros inferiores asseguram o contato com o cavalo e permitem uma melhor percepção tátil (...) os músculos da parede abdominal e da cintura pélvica têm a função de amortizar as forças”. Durante as sessões com o recurso ao cavalo o trabalho muscular é constante para que o cavaleiro mantenha o equilíbrio e acompanhe os movimentos do cavalo.

Neste seguimento, também, os autores Coletti e Farina (2002) defendem que os grupos musculares anteriores e posteriores do tronco devem agir em sinergia: se os abdominais contraem, os dorsais devem descontraírem-se para permitir a mobilidade lombar e a função amortecedora. Os músculos dos braços e antebraços permitem a elasticidade do gesto, destinada a compensar os movimentos do pescoço do cavalo, durante o trabalho de supinação e de afastamento do antebraço em relação ao eixo do cavalo (cf. Ande-Brasil, 2002).

Utilizam-se exercícios de descontração, com o objetivo de evitar/inibir as contrações inúteis e nocivas; combater as posições defeituosas, levando a um maior conforto corporal e obtendo uma noção completa das diferentes partes do corpo; desenvolver a coordenação e dissociação, necessárias à condução do cavalo.

De acordo com Ande-Brasil (2002, cit. Lobo, 2003) a velocidade, por mínima que seja, e os deslocamentos do cavalo obrigam, sob pena de queda a colocar em ação, de uma forma reflexa, os músculos que mantêm o equilíbrio. Este equilíbrio tem de ser mantido, qualquer que seja o passo ou a mudança de direção, e o seu ajustamento tem de ser rápido, uma vez que é dele que depende a segurança em cima do cavalo.

#### *2.4.5. Fases de uma sessão de equitação terapêutica*

Os autores (Rhodes, 1999; Wickert, 2002; Oliveira, 2003; cit. Ande-brasil, 2002) sustentam que uma sessão de equitação terapêutica é constituída por três fases diferentes: a fase de aproximação, a fase de volteio e a fase de rutura.

A primeira fase, corresponde à de *aproximação* que se caracteriza pelo confronto do paciente com o cavalo, confronto esse que é determinante para o sucesso da terapia equestre. Primeiramente é feita a abordagem ao cavalo na sua “box” e em seguida, é feita a colocação do respetivo “cabeção”. Esta abordagem ao cavalo deve ser feita



lentamente, com tom de voz calmo e com gestos meigos para que o paciente vença os seus medos e por sua vez, o cavalo não se assuste. Nesta fase dá-se a conhecer algumas regras básicas para que todo este processo decorra com o máximo de segurança, evitando assim qualquer tipo de incidente que poderá pôr em risco toda a sessão terapêutica (cf. Rhodes, 1999).

Posteriormente, após o transporte do cavalo até ao local onde irá realizar-se toda a sua limpeza e aparelhação, o paciente terá a oportunidade de estabelecer uma relação muito próxima com o cavalo (escovar, limpar os cascos, pentear a crina e a cauda) o que vai facilitar todo o processo de aprendizagem. Durante todo este processo, temos também a oportunidade de ensinar aos pacientes as diversas partes que constituem o cavalo; as diferentes raças existentes; as pelagens; as regras de manuseamento e outras informações em geral (cf. Wickert, 2002).

Segundo Rhodes (1999, cit Ande-Brasil 2002), a fase seguinte, é a do *volteio*, inicia-se com o aquecimento do cavalo. Este é “passado à guia” sem ter nenhum paciente em cima, o que nos dará a oportunidade de avaliar o estado do cavalo nesse dia, isto é, se está calmo, nervoso, com necessidade de fazer alguma necessidade fisiológica, se repara em algum objeto que o assuste, entre outros aspetos. Como relembra Wickert (2002), o início desta fase, só se torna possível se a fase anterior estiver completamente ultrapassada, uma vez que é feita a tomada de consciência, que o cavalo é um ser vivo com a sua própria sensibilidade e reações próprias. No *volteio* o paciente irá realizar diversos exercícios gímnicos, montado em cima do cavalo, nos seus diferentes andamentos, de forma a cumprir os objetivos para essa sessão.

De acordo com Wickert (2002, cit. Ande-Brasil, 2002) a equipa interdisciplinar deverá estar sempre atenta aos receios do paciente, verificando, se em algum momento ele perde o equilíbrio. Por sua vez, o paciente deve estar concentrado em todo o trabalho (a todas as reações do cavalo, assim como às instruções que o terapeuta vai fornecendo) feito na realização das atividades e jogos propostos.

Por fim, Oliveira (2003) diz que na fase de *rutura* o paciente deverá cuidar do seu companheiro, devendo acompanhá-lo até à “box” onde irá desaparelhá-lo, dar-lhe banho, alimentá-lo, acaricia-lo. Mais uma vez é nesta fase que voltam a estabelecer relações muito próximas de grande companheirismo e complexidade entre paciente/cavalo e vice-versa.

#### 2.4.6. Jogos e atividades em hipoterapia e equitação terapêutica

Os jogos e atividades com o cavalo têm como objetivo despertar e mediar a relação afetiva entre o paciente e o animal coterapeuta. Antes de iniciar qualquer atividade é essencial que se realize o conhecimento e o primeiro contato entre o paciente e o cavalo. Este conhecimento passa pela apresentação do animal à criança/paciente nomeando as suas principais características.

Os autores Coletti e Farina (2002) referem que as sessões de hipoterapia, tal como outras sessões que implicam um enfoque psicomotor dividem-se essencialmente em três partes. Sendo que a primeira parte corresponde ao *aquecimento* (neste primeiro momento, já a criança em cima do cavalo, segue a passo lento, dando voltas ao picadeiro), na segunda parte destacamos o *desenvolvimento* (neste momento as crianças/pacientes desenvolvem as atividades lúdico/pedagógicas propriamente ditas - jogos, posições) e por fim o *relaxamento*, que depois de uma fase mais ativa a criança é convidada a relaxar em cima do cavalo (este momento pode passar por de deitar sobre o cavalo para a frente ou para o lado, o importante deste momento é o contacto mais direto entre o cavalo e a criança).

Curiosamente, Nóvoa & Braga (s/data: 108-110) declaram que após este contato entre animal-criança, criança-animal estabelece-se uma relação de amizade. Assim partir desta mesma relação pode-se dinamizar uma série de jogos e atividades, tais como:

-“Dinâmica do verdadeiro/falso sobre o que os cavalos gostam e não gostam”: este jogo lúdico-pedagógico centra-se em aspetos tais como: cuidados de alimentação, manuseamento em segurança e educação do cavalo.

- Jogo dos sacos com comida: este jogo procura estimular os sentidos tácteis e olfativos das crianças, estimulando-as a meter a mão em 4 sacos diferentes.

- Jogo das “orelhas e cauda”: este jogo pretende estimular a coordenação motora das crianças, o equilíbrio, a percepção auditiva, percepção das distâncias: longe-perto, o jogo de equipa, a confiança nos parceiros, etc.

- Dar pequenas voltas: ensinar a criança a pôr a cabeça e a caminhar ao lado do cavalo, ensinar-lhe a importância de saber cativar o cavalo para que este obedeça às suas instruções à voz, tais como: anda, pára, direita, esquerda, entre outras.

- Avançar: fazer avançar o cavalo sem usar a força: ajudar a criança a aprender a projetar a voz adequadamente, para que o cavalo a siga. Para guiar um cavalo a criança deve posicionar-se ao lado do animal, na linha do ombro deste, mantendo os ombros virados para a frente e o olhar na direção que deseja dirigir-se; quando a criança dá a

ordem de iniciar a marcha a um cavalo, projetando a voz de forma firme, dizendo, “Anda!”, deve simultaneamente dar um passo em frente, para que o animal a siga.

- Recuo: ensinar a criança a fazer o cavalo recuar.
- Parar: depois da criança saber fazer avançar o cavalo, pode aprender a fazê-lo parar ao som de um “Won!”; este som deve ser utilizado única e exclusivamente como sinal de paragem.
- Ao passo de cavalo: ensinar a criança a alinhar o seu próprio passo com o do cavalo, treinando também as noções de direita e esquerda.
- Percurso de obstáculos: esta atividade é bastante criativa e representa um desafio de coordenação psicomotora.
- Abraço: montar o cavalo e abraça-lo na zona próxima do pescoço, sentindo o calor do animal.
- Confidências: sussurrar ao ouvido do cavalo um segredo.
- Terra/céu: (...), este exercício promove a confiança e induz a distensão e relaxamento muscular do utente, levando a uma grande sensação de bem-estar.
- Com os olhos vendados: a criança faz com que o cavalo dê uma volta, ao mesmo tempo que procura manter o equilíbrio em cima do animal.
- Sem mãos: este exercício procura exercitar os músculos dos braços.
- Cabra cega: jogo de equipa.
- Volta ao mundo: na posição sentada, a criança deve fazer girar o seu corpo em cima do animal, mantendo o equilíbrio.
- Montar ao contrário: a criança deve montar o cavalo de costas voltadas para a cabeça do animal.
- Posição de Amazona: a criança deve montar o cavalo colocando ambas as pernas do mesmo lado do animal, obtendo a posição sentada de lado em cima do cavalo.

Estes são exemplos de alguns jogos interativos, uma vez que existem outros possíveis de serem concretizados numa sessão hipoterapia/equitação terapêutica.

### 3. Benefícios da hipoterapia e a equitação terapêutica nos autistas

*“ (...) os dois principais desafios com que tais famílias se confrontam: por um lado, como obter serviços de qualidade adaptadas às necessidades individualizadas de cada criança, por outro, como educar em família uma criança com determinada deficiência”.*

*(Magerotte, 1997: 128)*

A família é a base afetiva do indivíduo, é a esta que se delega a responsabilidade de satisfazer as necessidades básicas da criança logo à nascença, para além disto a transmissão de cultura que envolve todas as práticas e saberes acumulados de geração em geração dá-se também no seio desta instituição. Neste sentido, a família assume o importante papel de agente de socialização, as famílias são consideradas as primeiras instituições educativas da criança, pois é no seio delas que se inicia o processo de socialização, cabe à família integrar a criança na sociedade. Ao encontro destas palavras Glat e Pletsch (2004:15), consideram que “a família é o primeiro grupo social ao qual o ser humano pertence (...) as fronteiras individuais são fluídas (...) tudo o que acontece com um dos membros afeta diretamente os demais”.

Por outro lado, o terapeuta também assume um papel importante, que passa por proporcionar às crianças com NEE, atividades que promovam o aperfeiçoamento da sua performance, enquanto pessoas. Quando o veículo terapêutico é capaz de gerar prazer, possibilita a formação de imagens positivas.

É neste sentido, que Dotti (2005), evidencia a importância da prática da hipoterapia, uma vez que através do movimento como meio de expressão, fornece o aspeto cinético da imagem de si, projetando o mundo uma nova dimensão de vida.

Se entrelaçarmos o que é referido no ponto um deste trabalho com a percepção anteriormente referida, concluímos que a prática das terapias descritas ao longo da revisão da literatura, só trazem benefícios a quem as pratica. Esta ideia é reforçada pelas palavras de Falcão (1999), que relata diversas evoluções nas crianças autistas, ao nível da interação (cognitiva, psicológica e social) com os outros. Os gestos e o contato físico com outros aumentam (quando recebem ajuda para limpar o cavalo, ou para subir para cima dele, ou ainda o apoio físico dado durante grande parte da sessão), diminui a distanciação dos outros, e ainda, são capazes de dar respostas emocionais e pessoais (o que quer fazer quando está perto do cavalo).

Este tipo de terapia influencia a aprendizagem da capacidade adaptativa e comportamental. O terapeuta, através do uso de atividades intrinsecamente motivadoras, vai ajudar a criança autista a desenvolver e a adquirir um repertório de capacidades desenvolvimentais e padrões comportamentais de imitação. Esta intervenção promove

funções sensório-motoras, psicossociais e cognitivas, para que a criança conheça as suas necessidades e se adapte ao meio que a envolve.

De acordo com Freire (1999), as crianças com perturbações psicossociais, têm revelado interagir mais facilmente com animais, do que com pessoas ou materiais.

Alguns estudos descritivos sobre equitação terapêutica concluem que existem progressos ao nível da postura e do equilíbrio, salientando-se: o aumento da autoestima, a capacidade de se relacionar com os outros, comunicação, aumento do tempo de atenção/concentração e socialização, foram também observados em crianças autistas que seguem um programa de equitação terapêutica (cf. Engel,1992).

Já Freire (1999) defende que a importância do cavalo na hipoterapia com crianças autistas começa com a ligação que se desenvolve entre a criança e o animal. Desenvolve-se assim, uma relação especial, esta alarga-se aos contatos que a crianças tem no seu meio (perceção que a interação social pode ser uma atividade agradável). Não só ao nível da interação, mas também a execução de exercícios (imitação) em cima do cavalo. Seguindo as ordens do terapeuta, e mais tarde se ela própria for capaz de dar ordens ao cavalo, estimulam, o desenvolvimento da comunicação (benefícios do uso da linguagem, em que a criança dá ordens e por sua vez, o cavalo reage). Desta forma cria-se um incentivo ao aumento da interação e do uso da linguagem.

Reforçando tudo aquilo tem sido referenciado, destacamos o autor Wickert (2003), identifica o movimento tridimensional do cavalo fulcral, uma vez que fornece uma combinação de estímulos sensoriais (contato com o corpo quente do cavalo), motores (através do uso de vários grupos musculares), e neurológicos (estimulação do sistema vestibular e sistema propriocetivo) contribuindo para o melhoramento do estado do paciente/criança.

Com grande relevância é o sentido de autoconfiança que a criança ganha através da capacidade de controlar o cavalo, um outro ser que também tem vontade própria. A criança passa a ver-se com capacidade, não só de controlar o seu próprio comportamento (autocontrolo), sendo capaz de influenciar o comportamento de outros, nomeadamente, o cavalo.

De acordo com a psicologia Analítica de Jung (1973), o Homem nasce com uma herança biológica e psicológica. É esta última que ele refere como sendo o inconsciente coletivo: não são aquisições individuais, são essencialmente os mesmos em qualquer lugar e não variam de homem para homem. O inconsciente coletivo é constituído por arquétipos (estruturas psíquicas sem forma ou conteúdo próprio, que servem para canalizar e/ou organizar o material psicológico, dando origem às fantasias individuais). O

cavalo é um animal que sempre influenciou, indiretamente, o homem através da sua figura arquetípica.

É neste seguimento, que Rhodes (1999) refere o cavalo como objeto de transferências (facilitador de novas condições, de novas experiências). A relação com o cavalo baseia-se na troca. Este autor adaptou ainda alguns dos conceitos da sua teoria a esta prática. O papel de “*holding*” presente na relação estabelecida com o cavalo e com o terapeuta vai dar uma segurança suficiente e necessária à aquisição de noções como espaço e tempo. A criação de novas ligações, nomeadamente a criação de um objetivo relacional, resulta também numa estrutura de “*handling*”. Esta função vai permitir a passagem de estados fusionais a uma maior autonomia e independência (personalização do indivíduo, diferenciação do outro. O cavalo como objeto de diferenciação, vai ajudar a esta autonomização, a partir do momento em que o paciente reconhece que este ser tem vontade própria e que nem sempre faz o que ele pretende. A criança autista quando está em cima do cavalo dá a sensação de que se vai “desintegrar” (encolhe-se, estica-se, corre o risco de cair porque lhe é difícil estabilizar em equilíbrio como o movimento do cavalo). Parecem defender-se do contato com qualquer tipo de estímulos exteriores, para além do fato de recusarem ajuda, pelo contato físico que aí é exigido (cf. Lobo, 2003).

Neste seguimento de ideias Freire (1999), considera ainda que à medida que a criança autista vai montando, vai-se estabelecendo uma relação entre terapeuta e ela, relação semelhante à da mãe (uma mãe suficientemente boa) com o seu bebé. À medida que o transporta (cavalo) vai dizendo palavras tranquilizadoras (terapeuta).

A equitação terapêutica convida também, à imitação através da possibilidade de identificação cinestésica. Através da comunicação do terapeuta, a criança vai tentar descobrir o cavalo como um objeto transicional, apoiando-se nele para chegar ao terapeuta.

Como já esclarecido anteriormente, é no seio da família que se começa a elaborar o comportamento social, resultado de uma aprendizagem que se inicia quando a criança é capaz de interiorizar a imagem do “outro”. Assim, a família ajuda à inserção na sociedade e oferece um refúgio contra o mundo, ou seja a família põe a criança ao abrigo do mundo exterior.

Tendo presente todo o enquadramento teórico realizado neste primeiro capítulo do trabalho, é agora chegada a hora de tratar da sua metodologia.

## **CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO**

## 1. Metodologia

A realização deste trabalho foi desenvolvida com base numa metodologia de investigação quantitativa.

Para Quivy (1992: 3) a “investigação é algo que se procura implicando hesitações, desvios e incertezas”. Neste seguimento, o investigador deve obrigar-se a escolher um fio condutor claro, para que o seu trabalho se estruture com coerência.

De acordo com Tuckman (2002), antes de iniciar a elaboração da investigação, é preciso ter claro o tema ou assunto de estudo e a problemática geradora da necessidade de realizar o trabalho.

Segundo Quivy (1992:8) o investigador quando realiza um processo de investigação deve ter sempre uma atitude ativa com vista à aquisição do conhecimento.

“As principais fases do processo de investigação, resumem-se a:

- Definição do problema;
- Revisão da literatura;
- Formulação das hipóteses;
- Definição das variáveis e sua operacionalização;
- Seleção da amostra;
- Recolha de dados;
- Tratamento e análise de dados;
- Interpretação dos resultados;
- Conclusões”, este último ponto, pode originar novas questões de investigação, daí que se diga que o processo de investigação é um processo circular.

Deste modo, o que, por que, como e para que, são quatro questões básicas que norteiam todo o processo de elaboração, execução, avaliação e divulgação da investigação.

Neste seguimento, podemos destacar Quivy (1992), que associa cada um desses termos aos elementos centrais de um trabalho de pesquisa: – o que se deseja investigar tem correspondência aos objetivos da pesquisa; – por que se deseja realizar tal investigação corresponde ao problema da pesquisa; – como se pretende desenvolver a pesquisa e alcançar seus objetivos refere-se aos procedimentos metodológicos; – para que realizar a pesquisa tem referência aos resultados esperados e, principalmente, às contribuições e relevância da pesquisa. As etapas ou a estrutura do texto da investigação podem ser variadas. Variam com a área de pesquisa; com os autores no campo da



metodologia científica; com as agências ou instituições acadêmicas; com as convicções e características peculiares de pesquisadores ou grupos de pesquisa.

Para Quivy (1992: 11) a pergunta deve ser expressa claramente, para isso, deve seguir um conjunto de qualidades tais como, “as qualidades de exequibilidade, a qualidade de pertinência e as qualidades de clareza”. Deste modo, diz-se que a pergunta de partida constitui o fio condutor do trabalho.

Já Tuckman (2002) defende que um problema deve ser testável por métodos empíricos, isto é, deve ser possível construir uma solução potencial para o problema que possa verificar-se pela recolha de determinada informação factual.

Para a realização deste trabalho formulamos a pergunta de partida para o problema que se pretende estudar e depois analisar:

**Problema:** A prática da hipoterapia promove o desenvolvimento da criança autista?

## 2. Objetivos

Após a caracterização da envolvimento da nossa investigação, começámos por problematizar em torno daquele que identificámos como o nosso problema de partida.

Tendo em conta o nosso problema de partida e o nosso objetivo geral, procedemos à sua problemática procurando dessa maneira dar corpo a várias dúvidas e questões, umas que motivaram a elaboração deste trabalho, e outras que foram surgindo no decorrer da revisão bibliográfica apresentada.

Assim sendo, o objetivo geral do questionário é *aferir junto dos docentes o nível de conhecimento que possuem sobre o autismo e se consideram a prática da Hipoterapia benéfica para as crianças autistas.*

Como objetivos específicos definimos:

- Aferir se os docentes compreendem a correta definição de autismo;
- Aferir se os docentes conhecem as características associadas ao autismo;
- Averiguar se os docentes consideram a hipoterapia um meio facilitador de aprendizagem;
- Perceber se os docentes aplicam a hipoterapia como estratégia de aquisição de competências, em crianças autistas.
- Aferir a importância da articulação entre as equipas interdisciplinares para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo.

### 3. Definição das hipóteses

Segundo Marconi (1982), a hipótese é uma proposição que se faz na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema. Diz-se que, é uma suposição que antecede a constatação dos fatos e tem como característica uma formulação provisória.

Assim sendo, e de acordo com Tuckman (2002: 95) uma hipótese deve apresentar as seguintes características:

- “estabelecer uma conjectura sobre a relação entre duas ou mais variáveis;
- ser formulada claramente e sem ambiguidade, em forma de frase declarativa;
- ser testável, ou seja, deve ser passível de reformulação, em forma operacional, de modo a poder ser então avaliada a partir dos dados.”

Numa pesquisa científica, a hipótese tem a função de propor explicações para determinados fatos, bem como orientar na recolha de outras informações.

Neste seguimento, os resultados finais da pesquisa poderão comprovar ou rejeitar as hipóteses, neste caso, se forem reformuladas, os testes (paramétricos e não paramétricos) terão de ser realizados para a sua comprovação.

De fato, as hipóteses conduzem-nos na busca e na procura compreensiva da problemática em estudo. As hipóteses definidas para este estudo foram as seguintes:

**Hipótese 1:** Os docentes com mais tempo de serviço são mais de opinião de que a hipoterapia permite melhorar a qualidade de vida da criança autista do que os docentes que possuem menos tempo de serviço.

**Hipótese 2:** Os docentes com mais tempo de serviço são mais de opinião de que a prática da hipoterapia potencia o desenvolvimento global da criança autista do que os docentes com menos tempo de serviço.

**Hipótese 3:** Os docentes, são mais de opinião que o recurso à hipoterapia potencia o desenvolvimento global da criança autista do que as docentes.

**Hipótese 4:** Os docentes com mais idade, comparativamente com os mais novos, consideram que o cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE.

**Hipótese 5:** As docentes são mais da opinião que a articulação entre as equipas interdisciplinares é importante para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo do que os docentes.

Estas hipóteses podem ser classificadas como, hipóteses direcionais, uma vez que especificam se uma variável vai aumentar ou diminuir, quando a outra aumenta. Conclui-se que este tipo de hipóteses define previamente a direção do resultado.

Após a colocação do problema e as hipóteses, deve ser feita a indicação das variáveis dependentes e independentes. Estas devem ser definidas com clareza e objetividade e de forma operacional. Esta ideia é reforçada por Marconi (1982), todas as variáveis, que podem interferir ou afetar o objeto em estudo, devem ser não só levadas em consideração, mas devidamente controladas, para impedir comprometimento ou risco de invalidar a pesquisa.

Também, Tuckman (2002:139) sustenta que “uma variável independente é o fator que é selecionado pelo investigador, com vista à sua manipulação ou medição, para determinar a sua relação com o fenómeno ou resultado”. Por outro lado, “a variável dependente é o fator observado ou medido, como resultado da variável independente, para determinar o presumível efeito desta variável”.

Assim, passaremos a identificar, as variáveis que formulamos para a realização deste trabalho que são as seguintes:

**Hipótese 1:** Os docentes com mais tempo de serviço são mais de opinião de que a hipoterapia permite melhorar a qualidade de vida da criança autista do que os docentes que possuem menos tempo de serviço.

- *Variável Independente* (hipótese 1): tempo de serviço.

- *Variável Dependente* (hipótese 1): influência da hipoterapia na qualidade de vida da criança autista.

**Hipótese 2:** Os docentes com mais tempo de serviço são mais de opinião de que a prática da hipoterapia potencia o desenvolvimento global da criança autista do que os docentes com menos tempo de serviço.

- *Variável Independente* (hipótese 2): tempo de serviço.

- *Variável Dependente* (hipótese 2): influência da prática da hipoterapia no desenvolvimento global das crianças.

**Hipótese 3:** Os docentes, são mais de opinião que o recurso à hipoterapia potencia o desenvolvimento global da criança autista do que as docentes.

- *Variável Independente* (hipótese 3): género.

- *Variável Dependente* (hipótese 3): contributo da hipoterapia para o desenvolvimento global.

**Hipótese 4:** Os docentes com mais idade, comparativamente com os mais novos, consideram que o cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE.

- *Variável Independente* (hipótese 4): idade.

- *Variável Dependente* (hipótese 4): a perceção do cavalo como agente de reabilitação.

**Hipótese 5:** As docentes são mais da opinião que a articulação entre as equipas interdisciplinares é importante para o desenvolvimento das competências de um aluno disléxico mediante a utilização de jogos educativos do que os docentes.

- *Variável Independente* (hipótese 5): género.

- *Variável Dependente* (hipótese 5): influência da articulação entre as equipas interdisciplinares no desenvolvimento das competências da criança autista mediante a utilização do cavalo.

#### **4. Caracterização da amostra**

A população (ou grupo alvo) é o grupo sobre o qual o investigador tem interesse em recolher informação e extrair conclusões. Neste estudo, a amostra será recolhida em Portugal Continental e Ilhas. O estudo dirigir-se-á à população docente dos diferentes níveis de ensino (Educadores (as) de Infância e Professores (as) do Ensino Regular do 1.º, 2.º e 3.º Ciclos) e de ambos os sexos. Trata-se portanto, de uma amostra não probabilística de conveniência ou intencional da população, pelo que os resultados não serão representativos.

Para a recolha da informação elegeu-se como instrumento, o inquérito por questionário que será elaborado no Google Docs e enviado por correio eletrónico aos docentes inquiridos.

Ao questionário responderam 122 docentes.

#### **5. Instrumentos de investigação**

A metodologia utilizada neste trabalho situa-se na metodologia de investigação quantitativa uma vez que se “ (...) compreender os mecanismos, o como funcionam certos comportamentos, atitudes e funções, é caracteristicamente hermenêutica, dado que se procede à interpretação de entrevistas” (Sousa, 2009:31).

Os autores Quivy & Campenhoudt (2005:194), afirmam que “após a recolha dos dados o investigador deve selecionar os dados, para verificar falhas ou erros, codificar os dados, atribuindo-lhes números e por fim organizá-los em gráficos ou tabelas”. A organização dos dados em gráficos facilitará a verificação e inter-relação entre eles, estes dados serão classificados de maneira a que se verifique ou não a comprovação das hipóteses formuladas.

Após apresentação dos resultados será feita a análise e interpretação dos mesmos, onde procuraremos estabelecer as relações necessárias entre os resultados obtidos e as hipóteses formuladas.

De acordo com os autores anteriormente referidos, a interpretação dos dados dá respostas à investigação, dando-lhe um significado mais amplo, deste modo os dados apresentados serão interpretados através da relação com o tema e os objetivos propostos.

O objetivo do presente estudo será perceber se a prática da hipoterapia promove o desenvolvimento global da criança autista. Neste seguimento, será feita a recolha de informação, de forma a obter as respostas e compreensão da temática em estudo, para tal, realizar-se-á um inquérito por questionário, que seguirá em anexo a este trabalho, por nos parecer o mais adequado e prático para a obtenção das informações pretendidas.

Podemos ainda salientar que, e tendo em conta a sugestão de Tuckman (2002: 307), que o “uso dos questionários possibilitam o acesso ao que está dentro da cabeça de uma pessoa, estes processos tornam possível medir o que uma pessoa sabe, o que gosta e não gosta e o que pensa.” Os dados obtidos através dos questionários, refletem o que os sujeitos pensam, mas estes podem ser influenciados, tanto pela autoconsciência como pelo desejo de criarem uma impressão favorável.

Segundo Augras (1974, cit. Marconi, 1982: 75) a “elaboração de um questionário requer a observância de normas precisas, a fim de aumentar sua eficácia e validade”.

De acordo com Norwood (2000, cit. Fortin, 2009), o questionário tem como objetivo recolher informação fatural sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões. O questionário deve ser limitado em extensão e em finalidade. Caso seja muito longo, causa fadiga e desinteresse, por outro lado, se for curto demais, corre o risco de não oferecer suficientes informações.

Fortin (2009) afirma que o questionário depois de construído deverá ser testado antes da sua utilização definitiva, através de um pré-teste, realizado junto de uma amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população alvo. Neste seguimento, surgem

os testes, que são instrumentos utilizados com a finalidade de obter dados que permitam medir o rendimento, a competência, a capacidade ou a conduta dos sujeitos, em forma quantitativa.

A análise dos dados evidenciará possíveis falhas existentes, tais como, ambiguidade ou linguagem inacessível, perguntas supérfluas, entre outras. Averiguadas as falhas, deve-se reformular o questionário, conservando, modificando, ampliando ou eliminando itens. Posteriormente a estas alterações torna-se necessário aplicar o pré-teste mais uma vez, tendo em vista o seu aperfeiçoamento e o aumento da sua validade.

De acordo com o (Tuckman, 2002: 309), o “questionário é constituído por uma nota introdutória onde se explica aos inquiridos qual o objetivo do preenchimento e para que efeitos se destina”. As perguntas são redigidas de forma clara e objetiva de forma a facilitar a resposta das mesmas. Realiza-se algumas questões fechadas sendo a maioria das questões categorizadas para facilitar a análise das mesmas, fazendo um tratamento quantitativo permitindo que estas respostas se tornem mais restritas e objetivas.

Com o questionário é nossa intenção aferir o conhecimento que os docentes têm sobre a temática: “A importância da hipoterapia nas crianças autistas.”

Neste sentido, foram elaboradas perguntas de identificação com o objetivo de saber um pouco da situação pessoal e profissional dos inquiridos.

Neste seguimento, foram construídas afirmações com base na revisão da literatura, às quais os docentes inquiridos deveriam assinalar uma das cinco opções, de acordo com o seu grau de concordância com a afirmação. O grau de concordância varia entre discordo totalmente; discordo; nem concordo nem discordo; concordo e concordo totalmente, sendo assim, uma escala de Likert.

É neste sentido que Tuckman (2002) caracteriza-se a escala de Likert por ser composta por cinco níveis, em que cada um desses diferentes níveis é considerado de igual amplitude. Este tipo de escala regista o grau de concordância ou de discordância com determinada afirmação sobre uma atitude, uma crença ou um juízo de valor.

Segundo Veiga (2013), a análise dos dados da escala de Likert deverá ser feita com uma estatística descritiva. Sendo a melhor medida a utilizar, a moda ou a resposta mais frequente, assim sendo, os resultados da investigação são muito mais fáceis de interpretar para o analista.

Após a receção dos questionários, através dos dados recolhidos poderemos ou não confirmar/validar as hipóteses de investigação apresentadas anteriormente.

## 6. Apresentação e análise dos resultados

O questionário (apêndice A) está dividido em dois grupos de questões. O primeiro grupo é constituído por oito questões relacionadas com a identificação e dados pessoais dos inquiridos e o segundo grupo é constituído por vinte e duas afirmações sobre o autismo, o cavalo e os benefícios da utilização do cavalo nas crianças autistas.

Responderam ao questionário 122 docentes. Posteriormente serão apresentados tabelas cruzadas e gráficos criados com o auxílio do programa estatístico SPSS.

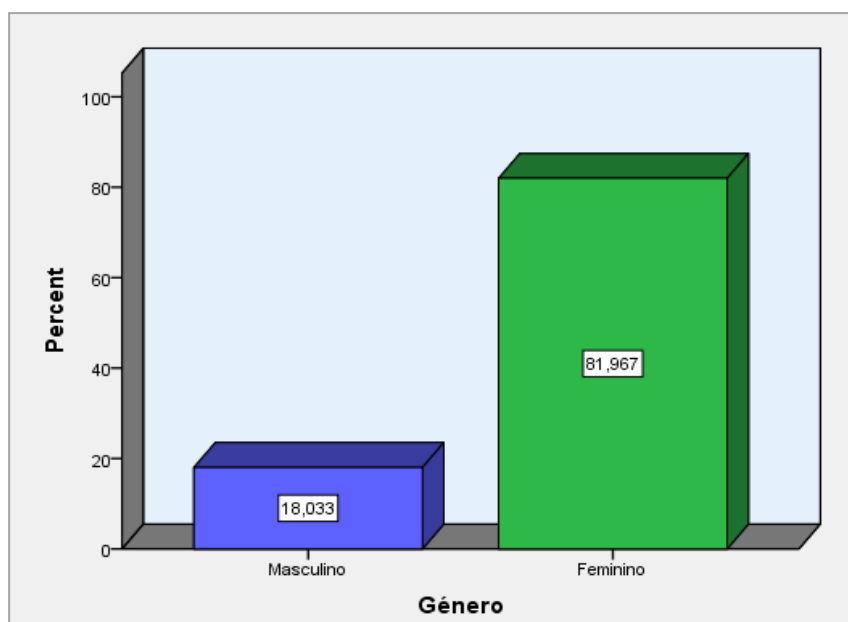
### I Parte - Dados pessoais e profissionais

**Tabela 1**

#### Género

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	22	18,0	18,0	18,0
	Feminino	100	82,0	82,0	100,0
	Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 1**



A amostra é constituída por 122 docentes, dos quais 100 (82%) são do sexo feminino e apenas 22 (18%) são do sexo masculino. Perante estes resultados podemos afirmar que a grande maioria dos docentes inquiridos são do sexo feminino.

### Análise descritiva da variável “Idade”

#### Descriptive Statistics

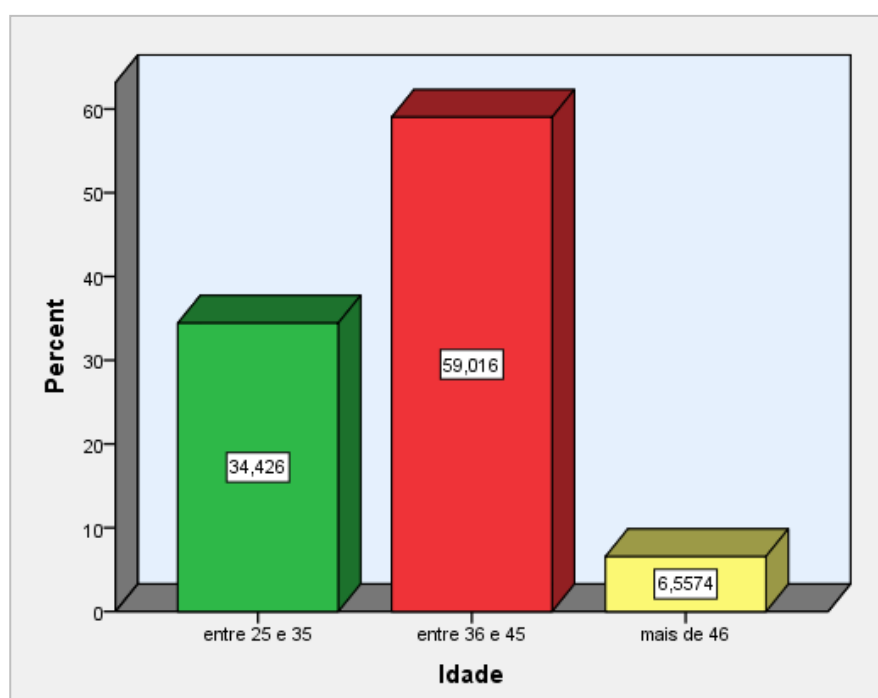
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	122	2	4	2,72	,579
Valid N (listwise)	122				

**Tabela 2**

#### Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
entre 25 e 35	42	34,4	34,4	34,4
entre 36 e 45	72	59,0	59,0	93,4
mais de 46	8	6,6	6,6	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 2**





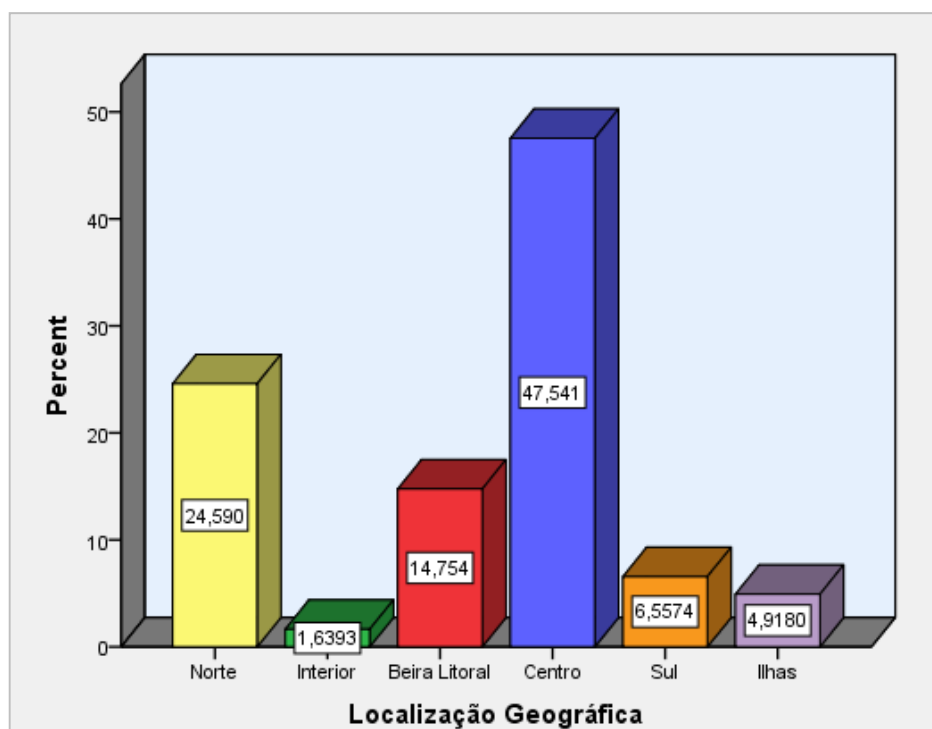
Em relação à questão “Idade”, verificou-se que a grande maioria dos docentes inquiridos têm mais de 30 anos. Dentro deste intervalo mais de metade dos docentes inquiridos, nomeadamente, 72 (59%) têm entre 36 a 45 anos. Também é de salientar que 42 (34,4%) dos docentes têm menos de 36 anos e cerca de 8 docentes (6,6%) têm mais de 46 anos. Podemos então afirmar que estamos perante uma amostra de inquiridos de meia-idade.

**Tabela 3**

**Localização Geográfica**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Norte	30	24,6	24,6	24,6
Interior	2	1,6	1,6	26,2
Beira	18	14,8	14,8	41,0
Litoral				
Valid Centro	58	47,5	47,5	88,5
Sul	8	6,6	6,6	95,1
Ilhas	6	4,9	4,9	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 3**



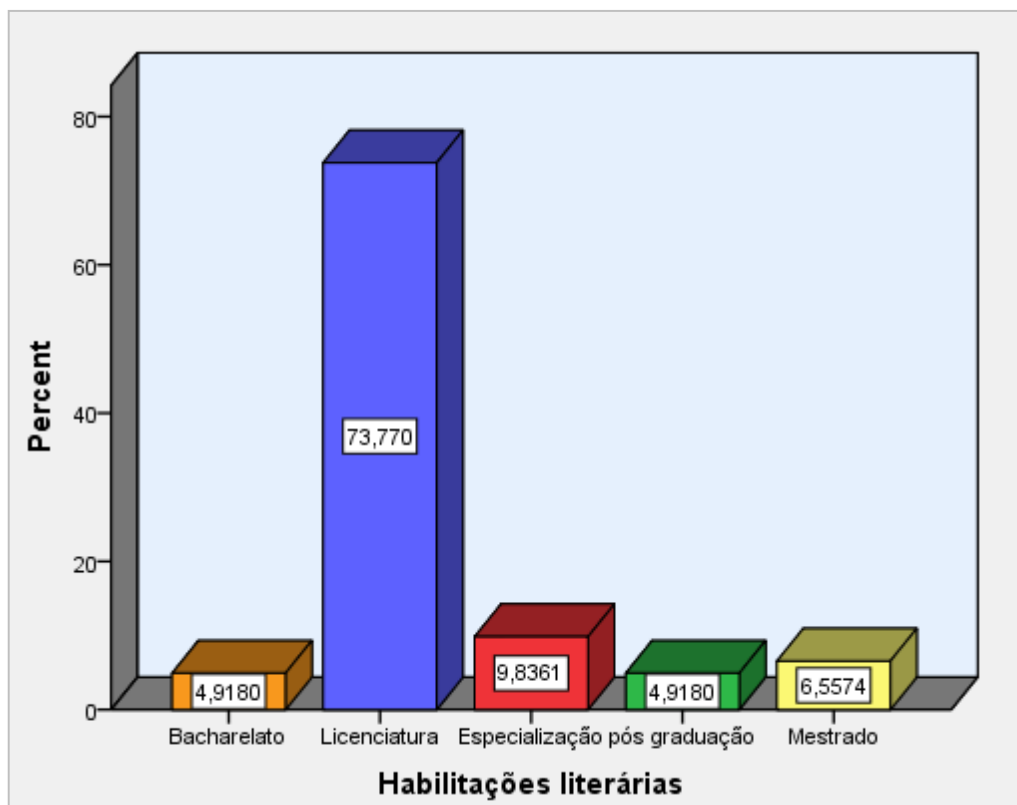
Como se pode observar a maioria dos docentes inquiridos, 58 (47,5%), pertencem à zona centro. A norte registaram-se 30 docentes inquiridos (24,6%). Na beira litoral responderam 18 docentes, (14,8%). A sul registaram-se 8 docentes (6,6%). Na ilhas apenas 6 dos docentes responderam ao questionário (4,9%). Por fim, o interior registou apenas 2 docentes inquiridos (1,6%).

**Tabela 4**

**Habilitações literárias**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Bacharelato	6	4,9	4,9	4,9
Licenciatura	90	73,8	73,8	78,7
Especialização	12	9,8	9,8	88,5
pós graduação	6	4,9	4,9	93,4
Mestrado	8	6,6	6,6	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 4**



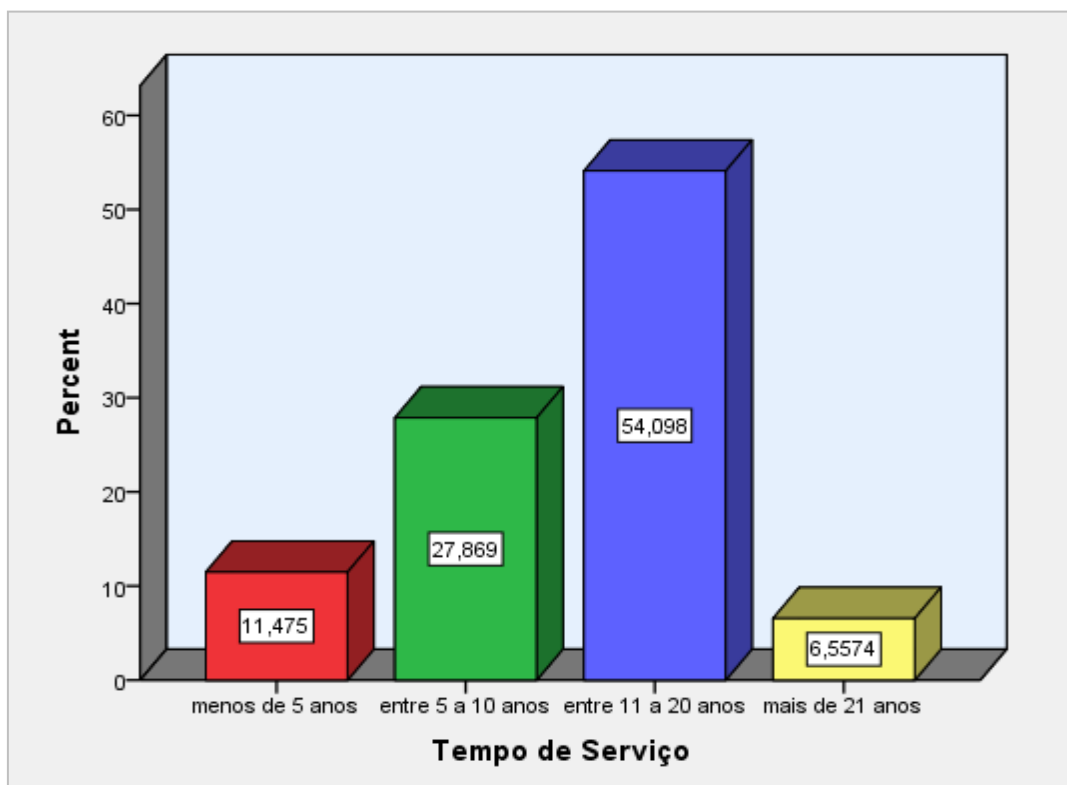
Ao nível das habilitações literárias dos docentes inquiridos, e como se pode observar a maioria 90 (73,8%) são titulares de uma licenciatura, 12 (9,8%) possuem especialização e 6 (4,9%) usufruem de pós-graduação. Apenas 8 (6,6%) dos inquiridos são detentores de mestrado e 6 (8%) possuem bacharelato. É de salientar que nenhum dos inquiridos possui doutoramento.

**Tabela 5**

**Tempo de Serviço**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
menos de 5 anos	14	11,5	11,5	11,5
entre 5 a 10 anos	34	27,9	27,9	39,3
entre 11 a 20 anos	66	54,1	54,1	93,4
mais de 21 anos	8	6,6	6,6	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 5**



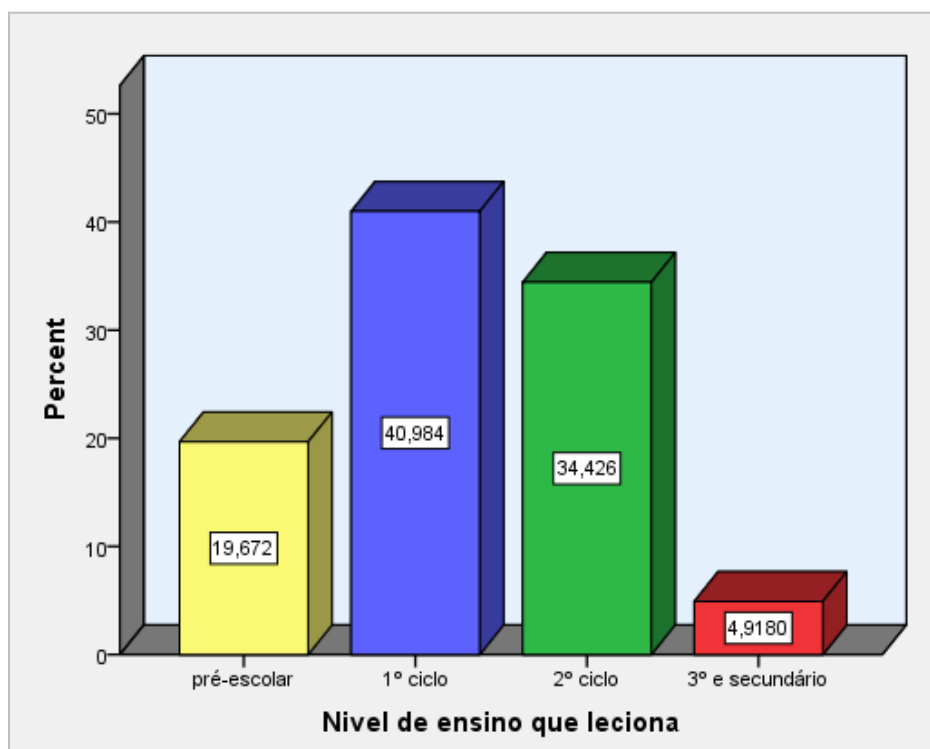
No que respeita ao tempo de serviço verifica-se que 14 docentes (11,5%) têm menos de 5 anos de serviço, 34 (27,9%) docentes tem entre 5 e 10 anos de serviço, 66 docentes (54,1%) tem entre 11 e 20 anos de serviço. É de realçar o número de docentes com 21 a mais anos de serviço, são 8 (6,6%) dos inquiridos. Perante a análise deste gráfico e dos anteriores relativos aos dados pessoais, podemos concluir que a população da nossa amostra é de meia-idade e com alguns anos de experiência ao serviço da educação.

**Tabela 6**

**Nível de ensino que leciona**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
pré-escolar	24	19,7	19,7	19,7
1º ciclo	50	41,0	41,0	60,7
Valid 2º ciclo	42	34,4	34,4	95,1
3º e secundário	6	4,9	4,9	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 6**



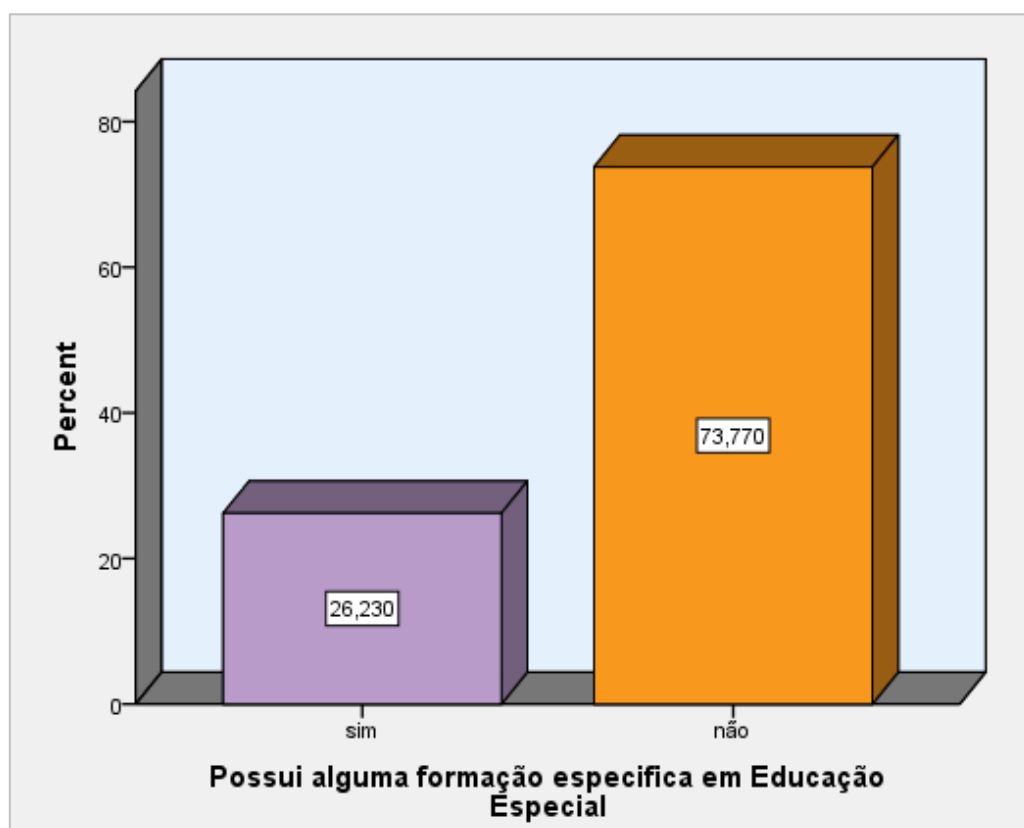
No que respeita ao nível de ensino que lecionam podemos observar que a maioria dos docentes inquiridos, 50 (41%) são do 1º Ciclo, 42 (34,4%) pertencem ao 2º Ciclo, 24 (19,7%) pertencem ao Pré-escolar e 6 (4,9%) do docentes inquiridos pertencem ao 3º Ciclo e Secundário. Perante a análise deste gráfico, podemos concluir que a população da nossa amostra é maioritariamente do 1º Ciclo.

**Tabela 7**

**Possui alguma formação específica em Educação Especial?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	32	26,2	26,2
	não	90	73,8	100,0
	Total	122	100,0	

**Gráfico 7**



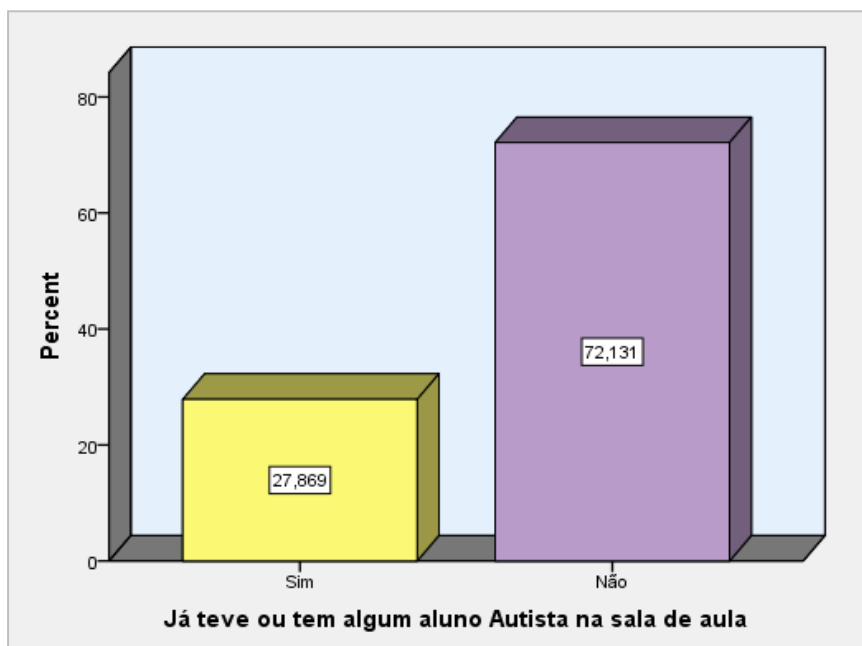
A grande parte dos docentes inquiridos, 90 (73,8%) não usufrui de qualquer tipo de formação específica em Educação Especial. Apenas 32 (26,2%) docentes têm formação nesta área.

**Tabela 8**

**Já teve ou tem algum aluno Autista na sala de aula?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	34	27,9	27,9	27,9
Não	88	72,1	72,1	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 8**



Comprovou-se que 34 (27,9%) dos docentes inquiridos tem ou já teve na sala de aula crianças autistas. É de realçar o número de docentes que ainda não tiveram crianças autistas na sala de aula, 88 (72,1%). Desta análise concluímos que o conhecimento da problemática do autismo é imprescindível para que os profissionais possam intervir de acordo com as necessidades de cada criança.

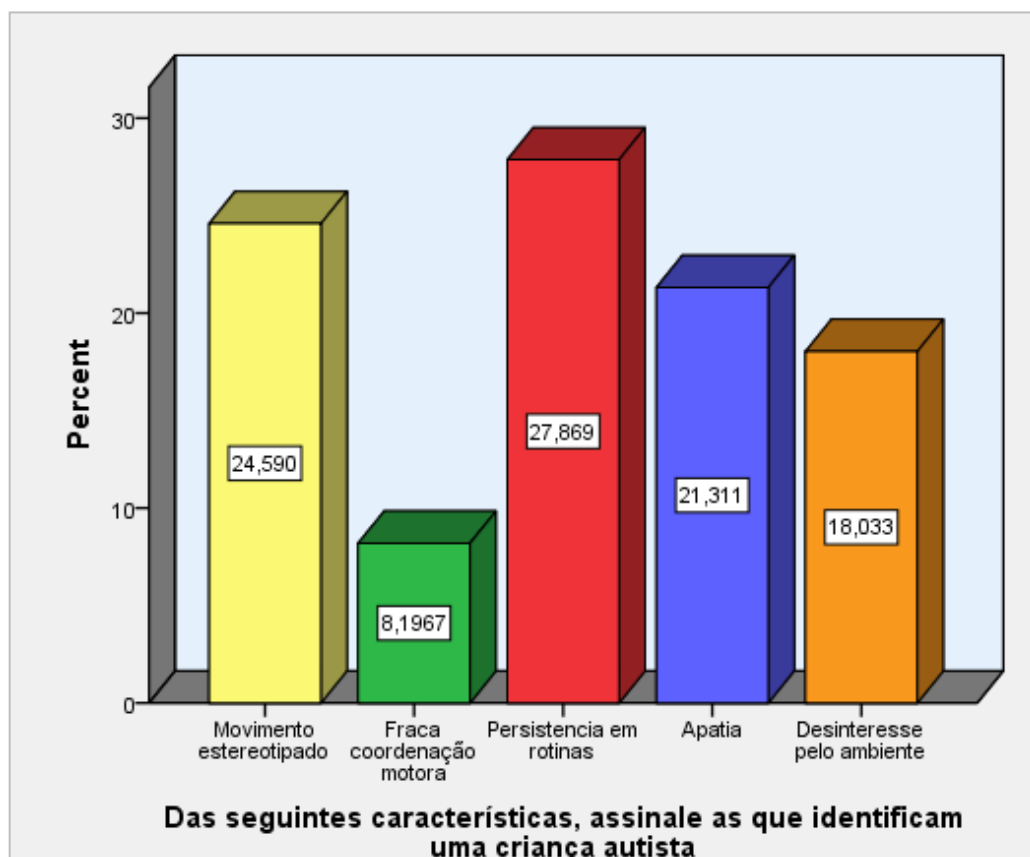
## II Parte – A importância da hipoterapia nas crianças com autismo

**Tabela 1**

**Características que identificam a criança autista**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Movimento estereotipado	30	24,6	24,6	24,6
Fraca coordenação motora	10	8,2	8,2	32,8
Persistência em rotinas	34	27,9	27,9	60,7
Apatia	26	21,3	21,3	82,0
Desinteresse pelo ambiente	22	18,0	18,0	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 1**



No que diz respeito à afirmação, os docentes inquiridos indicam que as principais características que identificam uma criança autista são: persistência em rotinas 34 (27,9%); movimentos estereotipados 30 (24,6%); apatia 26 (21,3); desinteresse pelo ambiente 22 (18%) e fraca coordenação motora 10 (8,2%). Apesar da grande maioria dos docentes inquiridos não possuir formação especializada, o conhecimento que os docentes têm acerca da patologia em causa conclui-se que, embora existam diferenças percentuais relativamente às várias características selecionadas pelos que possuem e pelos que não possuem essa formação, os inquiridos identificaram corretamente as características que mais se evidenciam nos autistas.

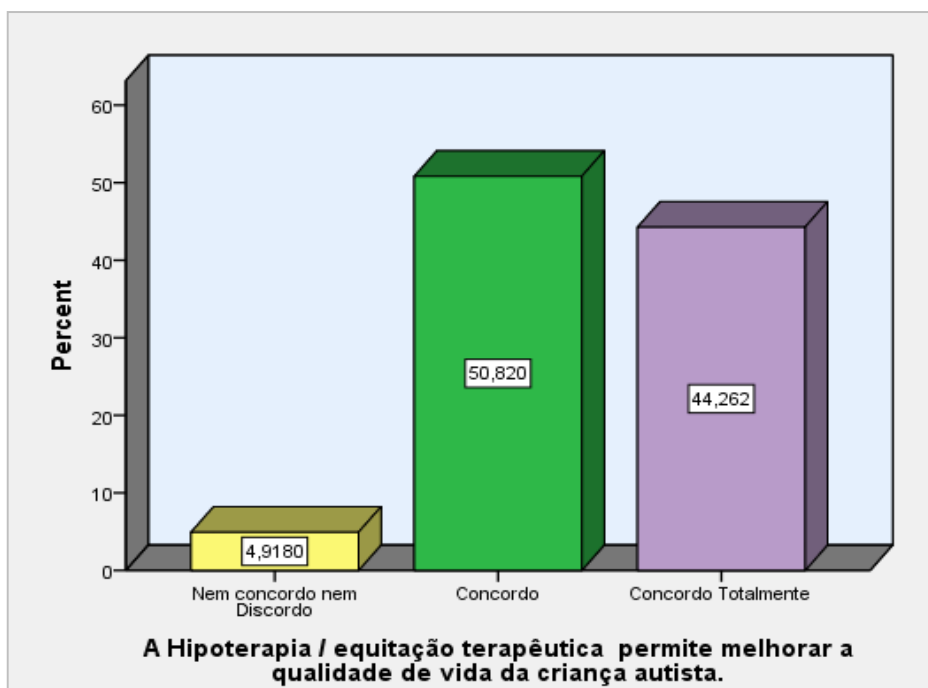


**Tabela 2**

**A Hipoterapia / equitação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida da criança autista.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem Discordo	6	4,9	4,9	4,9
Valid Concordo	62	50,8	50,8	55,7
Concordo Totalmente	54	44,3	44,3	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 2**



A esmagadora maioria dos docentes inquiridos concorda, 62 (50,8%), ou concorda totalmente, 54 (44,3%), que a Hipoterapia/Equitação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida da criança autista. Apenas 6 (4,9%) dos docentes inquiridos responderam que nem concordam nem discordam com a afirmação.

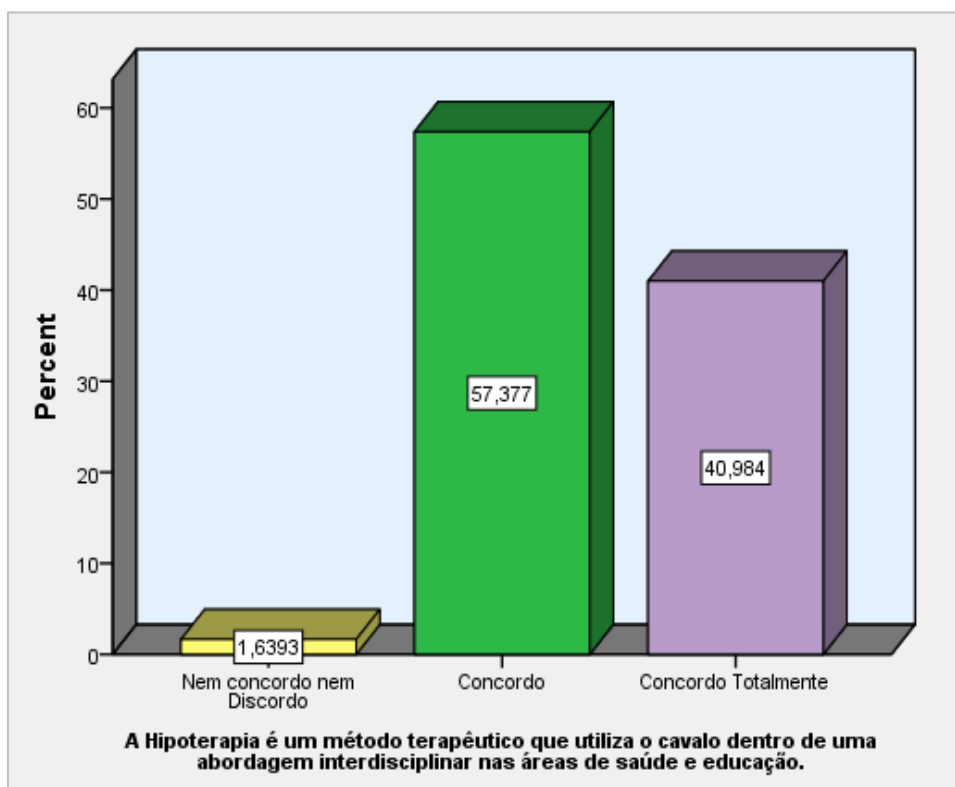
As opiniões emitidas pelos inquiridos relativamente a esta matéria, vão ao encontro das teorias defendidas por Alves (2009), referenciado aquando da revisão da literatura, o qual afirma que, o principal objetivo da hipoterapia consiste em melhorar a postura do indivíduo, equilíbrio, mobilidade e função.

**Tabela 3**

**A Hipoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde e educação.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem Discordo	2	1,6	1,6	1,6
Valid Concordo	70	57,4	57,4	59,0
Concordo Totalmente	50	41,0	41,0	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 3**



Dos 122 dos docentes inquiridos, 98,4% concorda que a prática da hipoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar. Apenas 1,6% dos inquiridos responderam que nem concordam nem discordam. Através das respostas obtidas, concluímos que estes docentes demonstraram ter conhecimento sobre os benefícios do uso do cavalo apesar de não terem formação específica na área.

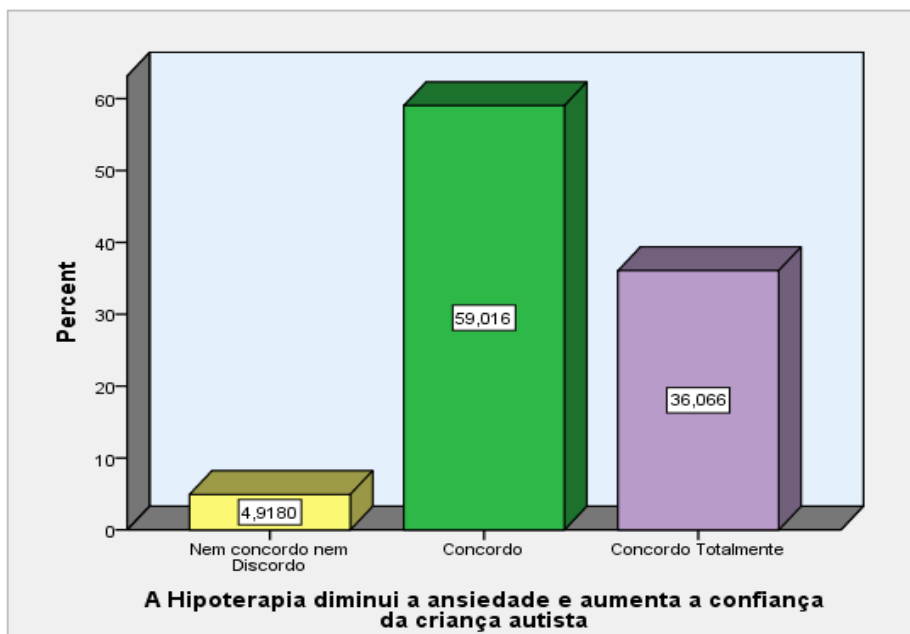
Mais uma vez, é possível observar que, as opiniões dos docentes, encontram-se devidamente fundamentadas por autores conceituados nesta matéria, referenciados ao longo da revisão da literatura. Seixas L. (2011) refere que a melhoria e aumento da comunicação gestual e oral, melhora a articulação das palavras. As atividades desenvolvidas poderão constituir-se como potenciadoras das capacidades de expressão e comunicação bem como, da criatividade e linguagem.

**Tabela 4**

**A Hipoterapia diminui a ansiedade e aumenta a confiança da criança autista**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem Discordo	6	4,9	4,9	4,9
Valid Concordo	72	59,0	59,0	63,9
Concordo Totalmente	44	36,1	36,1	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 4**



A esmagadora maioria dos docentes inquiridos (95,1%) concorda que a hipoterapia diminui a ansiedade e aumenta a confiança da criança autista, sendo que apenas (4,9%)

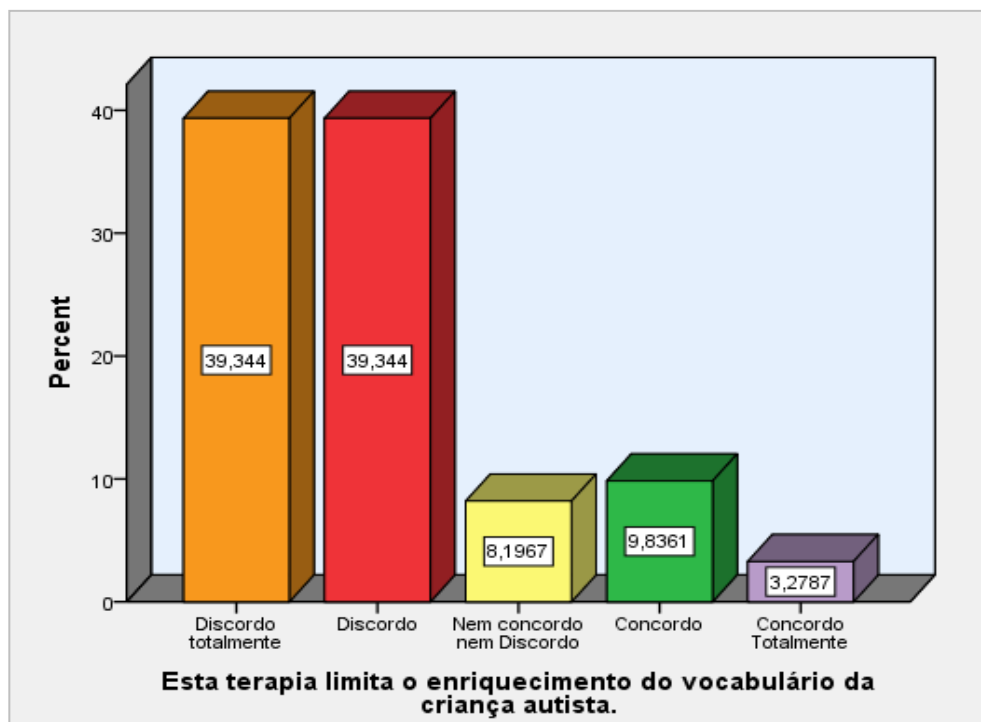
dos inquiridos não opinam sobre a afirmação. Como foi descrito durante o capítulo que diz respeito à Hipoterapia, e segundo Meen (1987), os animais eram uma espécie de “veículos” para se adquirir ganhos em diversas áreas, tais como: na comunicação, na confiança, no respeito e na independência, contribuindo deste modo, para a diminuição da ansiedade da criança autista.

**Tabela 5**

**Esta terapia limita o enriquecimento do vocabulário da criança autista.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Discordo totalmente	48	39,3	39,3	39,3
Discordo	48	39,3	39,3	78,7
Nem concordo nem	10	8,2	8,2	86,9
Discordo				
Concordo	12	9,8	9,8	96,7
Concordo Totalmente	4	3,3	3,3	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 5**



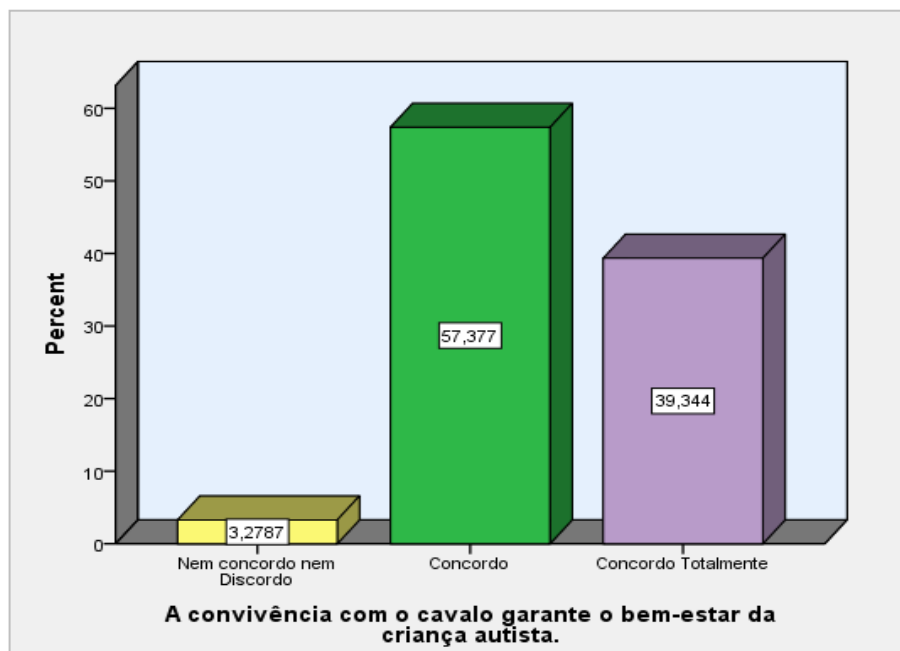
Nesta afirmação o grau de discordância dos inquiridos é de 78,6% ( 39,3% discorda totalmente e 39,3% discorda), 8,2% dos inquiridos revela não ter opinião formada e 13,1% concorda ( 9,8% concorda e 3,3% concorda totalmente), que a hipoterapia limita o enriquecimento do vocabulário da criança autista. Dos inquiridos (13,1%) que responderam concordar que esta terapia limita aquisição de vocabulário, talvez o tenham feito por não possuírem conhecimentos nesta área. Mais uma vez é possível observar-se que, as opiniões dos docentes, encontram-se devidamente fundamentados por Wickert (2002), que defende o uso do cavalo como instrumento terapêutico, que se tem traduzido em resultados estatisticamente significativos no tratamento de recuperação da baixa autoestima contribuindo para um aumento da confiança o que implica aumento do vocabulário.

**Tabela 6**

**A convivência com o cavalo garante o bem-estar da criança autista.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem	4	3,3	3,3	3,3
Discordo				
Valid Concordo	70	57,4	57,4	60,7
Concordo Totalmente	48	39,3	39,3	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 6**



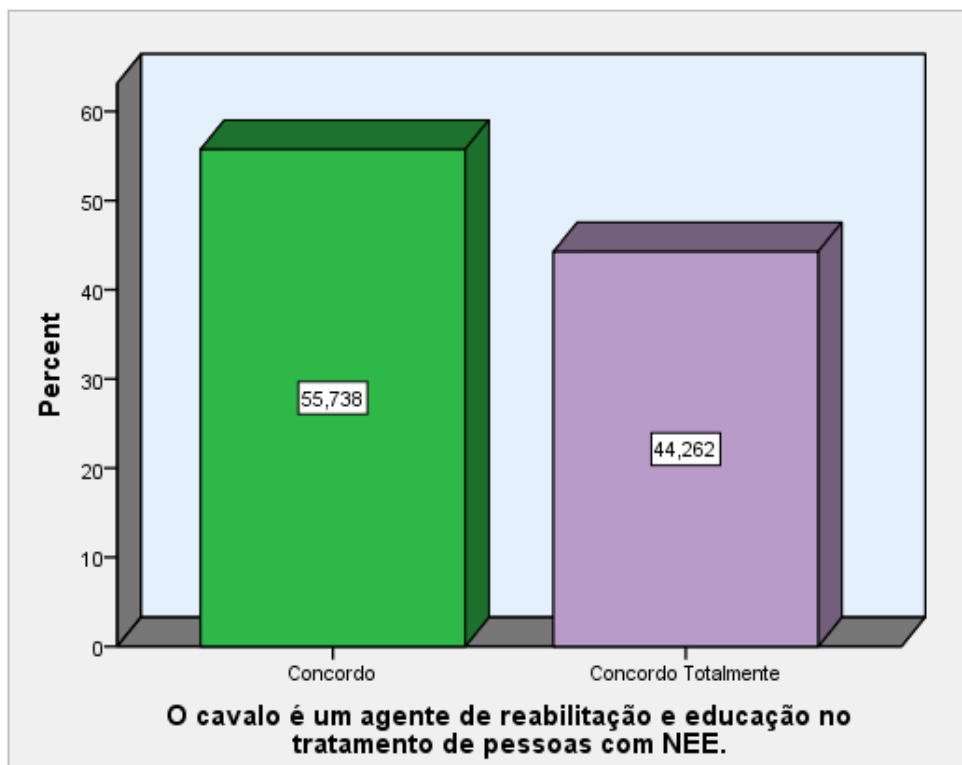
Para esta afirmação o grau de concordância dos inquiridos é de 96,7% (57,4% concorda e 39,3% concorda totalmente), 3,3% dos inquiridos revela não ter opinião formada se a convivência do cavalo proporciona um bem-estar às crianças autistas. De acordo com o autor francês Chassignac montar a cavalo melhora o estado de ânimo/espírito sendo particularmente benéfico para os paraplégicos e pacientes com outros transtornos neurológicos.

**Tabela 7**

**O cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Concordo	68	55,7	55,7	55,7
Valid Concordo Totalmente	54	44,3	44,3	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 7**



Nesta afirmação a totalidade dos docentes inquiridos 100% (55,7% concorda e 44,3% concorda totalmente), concorda que o cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE, apesar de 73,8% dos docentes inquiridos não possuírem formação em NEE, compreendem a importância e benefícios do cavalo nesta área.

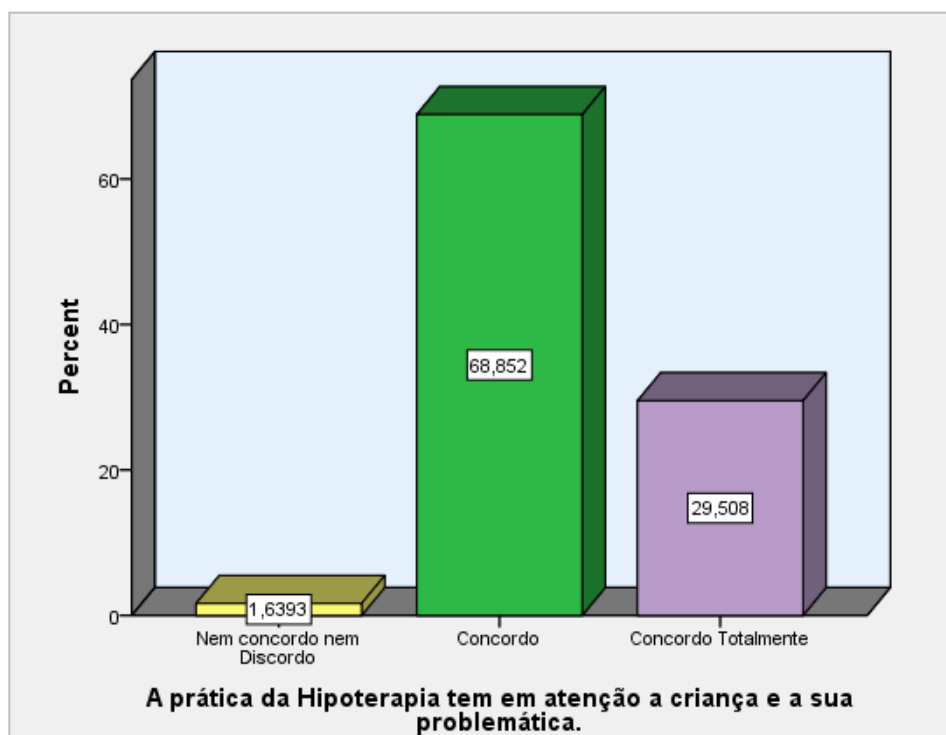
Através destas respostas, as opiniões dos docentes, encontram-se devidamente fundamentadas por Ande-Brasil (2002) em que equoterapia/hipoterapia foi reconhecida pelo conselho federal de medicina como método terapêutico, destacando-se pela sua eficiência e complementaridade no tratamento de pessoas com NEE.

**Tabela 8**

**A prática da Hipoterapia tem em atenção a criança e a sua problemática.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem	2	1,6	1,6	1,6
Discordo				
Valid Concordo	84	68,9	68,9	70,5
Concordo Totalmente	36	29,5	29,5	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 8**



Para esta afirmação o grau de concordância dos inquiridos é de 98,4% ( 68,9% concorda e 29,5 concorda totalmente), 2% dos inquiridos revela não ter opinião formada .

Através das respostas obtidas, as opiniões dos docentes, encontram-se devidamente fundamentadas por Alves (2009), afirma que a hipoterapia tem por base um tratamento individualizado tendo em conta cada patologia/necessidade.

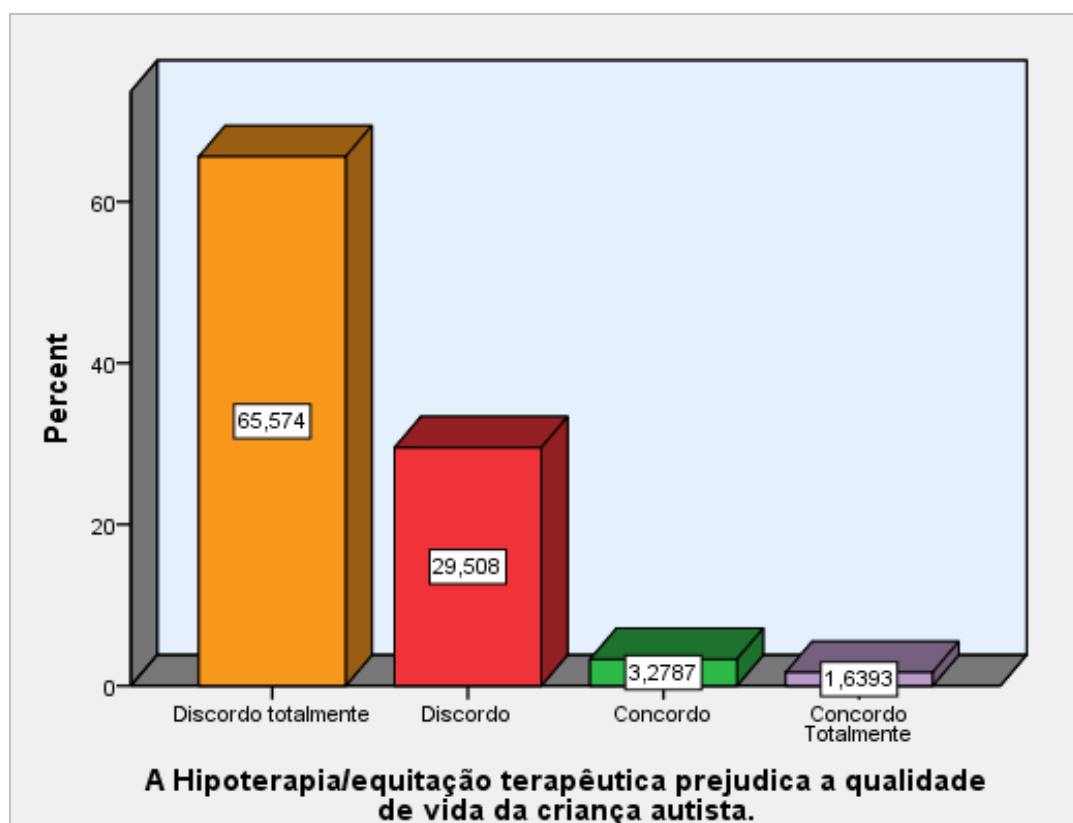


**Tabela 9**

**A Hipoterapia/equitação terapêutica prejudica a qualidade de vida da criança autista.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Discordo totalmente	80	65,6	65,6	65,6
Discordo	36	29,5	29,5	95,1
Valid Concordo	4	3,3	3,3	98,4
Concordo Totalmente	2	1,6	1,6	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 9**



A esmagadora maioria dos docentes inquiridos 95,1% (65,6% discorda totalmente e 29,5% discorda), e 3,3% dos inquiridos concorda e 1,6% concorda totalmente, que a Hipoterapia/Equitação terapêutica prejudica a qualidade de vida da

criança autista. Concluímos que 95,1% dos inquiridos não têm dúvidas da mais valia desta terapia na vida das crianças autistas.

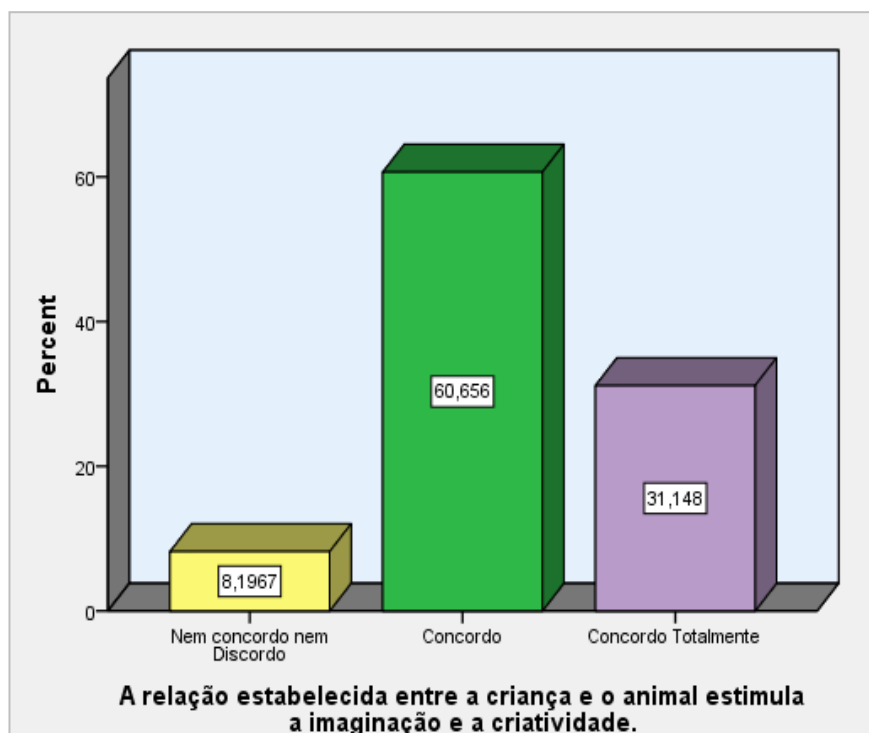
As opiniões imitadas pelos inquiridos relativamente a esta matéria, vão ao encontro das teorias apresentadas por Lermontov (2004), reforçando que a hipoterapia é um método único que estimula crianças a superar os seus problemas, contribuindo para a melhoria do estado psicológico, desenvolvendo uma sensação de orgulho e vitória contra a doença e consequentemente, facilita a remoção do complexo de inferioridade. As respostas a esta afirmação provam que os inquiridos responderam a este questionário demonstrando seriedade nas respostas dadas. Fato este que se comprova com as respostas obtidas na afirmação 2.

**Tabela 10**

**A relação estabelecida entre a criança e o animal estimula a imaginação e a criatividade.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem	10	8,2	8,2	8,2
Discordo				
Valid Concordo	74	60,7	60,7	68,9
Concordo Totalmente	38	31,1	31,1	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 10**



Podemos verificar através da análise dos resultados acima apresentados que 92% dos inquiridos (60,7% concordam e 31,3% concordam totalmente) concordam que a relação estabelecida entre a criança e o animal estimula a imaginação e a criatividade.

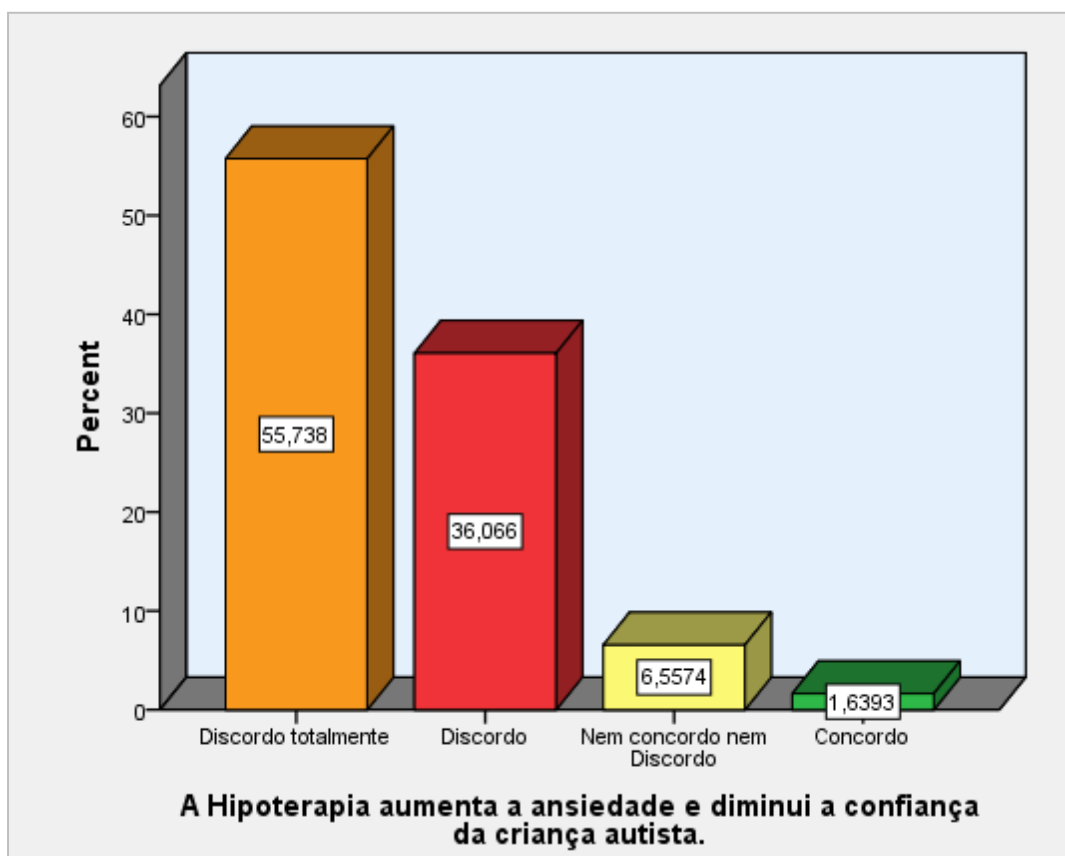
Perante estes resultados, concluímos que, os inquiridos demonstram ter conhecimento sobre os benefícios do uso do cavalo. Para os autores Falcão e Freire (1999), esta terapia pode influenciar positivamente a aprendizagem de capacidades adaptativas e comportamentais, promovendo desenvolvimento das funções sensoriomotoras, psicossociais e cognitivas.

**Tabela 11**

**A Hipoterapia aumenta a ansiedade e diminui a confiança da criança autista.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Discordo totalmente	68	55,7	55,7	55,7
Discordo	44	36,1	36,1	91,8
Nem concordo nem	8	6,6	6,6	98,4
Discordo				
Concordo	2	1,6	1,6	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 11**



Nesta afirmação o grau de discordância dos inquiridos é muito significativo, é de 91,8% (55,7% discorda totalmente e 36,1% discorda), 6,6% nem concorda nem discorda e apenas 1,6% concorda com a afirmação.

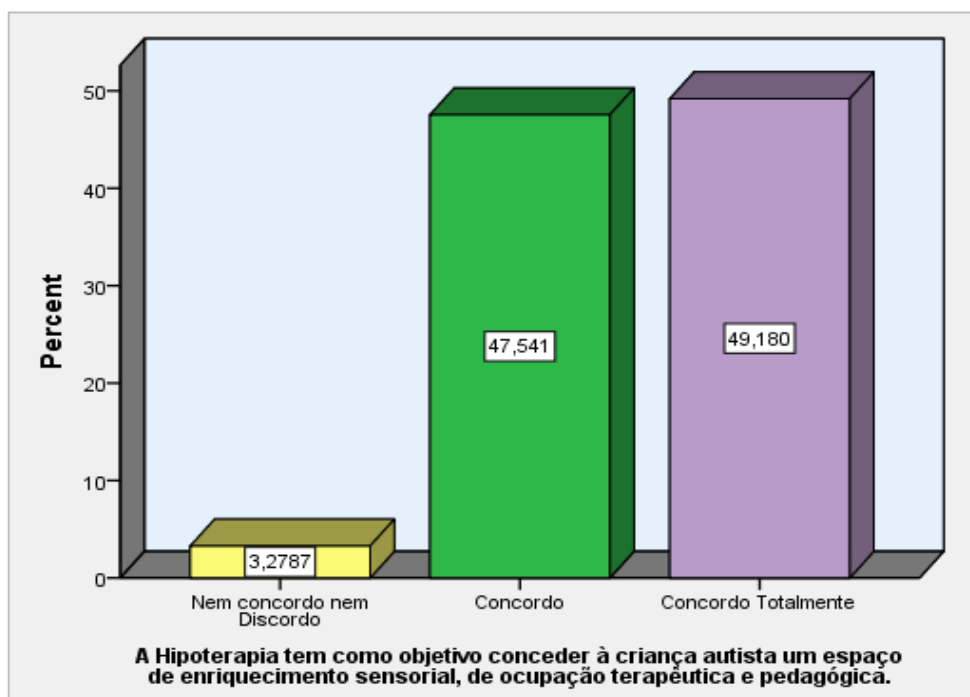
Os resultados desta afirmação provam a seriedade com que os docentes inquiridos responderam ao questionário, uma vez que anteriormente, a afirmação é feita de forma inversa e perante os resultados, concluímos que os docentes valorizam positivamente o uso do cavalo como uma terapia benéfica em crianças autistas. Meen (1987) partilha da mesma opinião, referindo que, os animais funcionavam como uma espécie de “veículos” para se adquirir ganhos em diversas áreas, tais como: na comunicação, na confiança, no respeito e na independência, contribuindo deste modo, para a diminuição da ansiedade da criança autista.

**Tabela 12**

**A Hipoterapia tem como objetivo conceder à criança autista um espaço de enriquecimento sensorial, de ocupação terapêutica e pedagógica.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem	4	3,3	3,3	3,3
Discordo				
Valid Concordo	58	47,5	47,5	50,8
Concordo Totalmente	60	49,2	49,2	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 12**



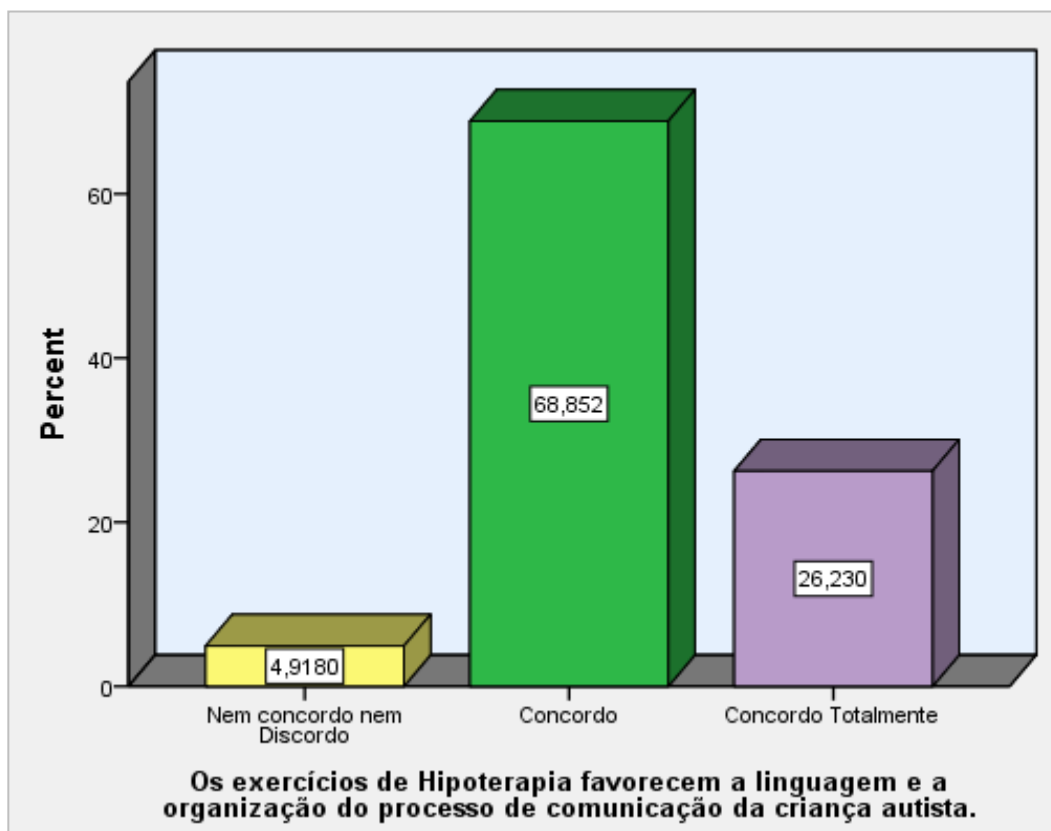
Para esta afirmação o grau de concordância dos inquiridos é de 96,7% (47,5% concorda e 49,2% concorda totalmente), 3,3% dos inquiridos revela não ter opinião formada. Concluímos que os docentes demonstram ter conhecimento sobre os benefícios da prática da hipoterapia. O que vai de encontro ao estudo de Oliveira (2003) que destaca as fases da limpeza/aparelhação de extrema importância entre o paciente e o cavalo. Na realização destas tarefas o paciente terá a oportunidade de limpar, escovar, limpar os cascos, pentear a crina e a cauda do cavalo (trabalho sensorial e terapêutico). Esta atividade serve, não só para manter o cavalo no estado de limpeza adequado para o início da sessão, como também de aquecimento tanto do cavalo (que está a ser massajado), como do cavaleiro, que terá de realizar múltiplos movimentos para que a tarefa seja devidamente cumprida. Há uma aproximação relacional com o cavalo que vai facilitar todo o processo de aprendizagem nos diferentes níveis: sensorial, cognitivo e motor.

**Tabela 13**

**Os exercícios de Hipoterapia favorecem a linguagem e a organização do processo de comunicação da criança autista.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem	6	4,9	4,9	4,9
Discordo				
Valid Concordo	84	68,9	68,9	73,8
Concordo Totalmente	32	26,2	26,2	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 13**



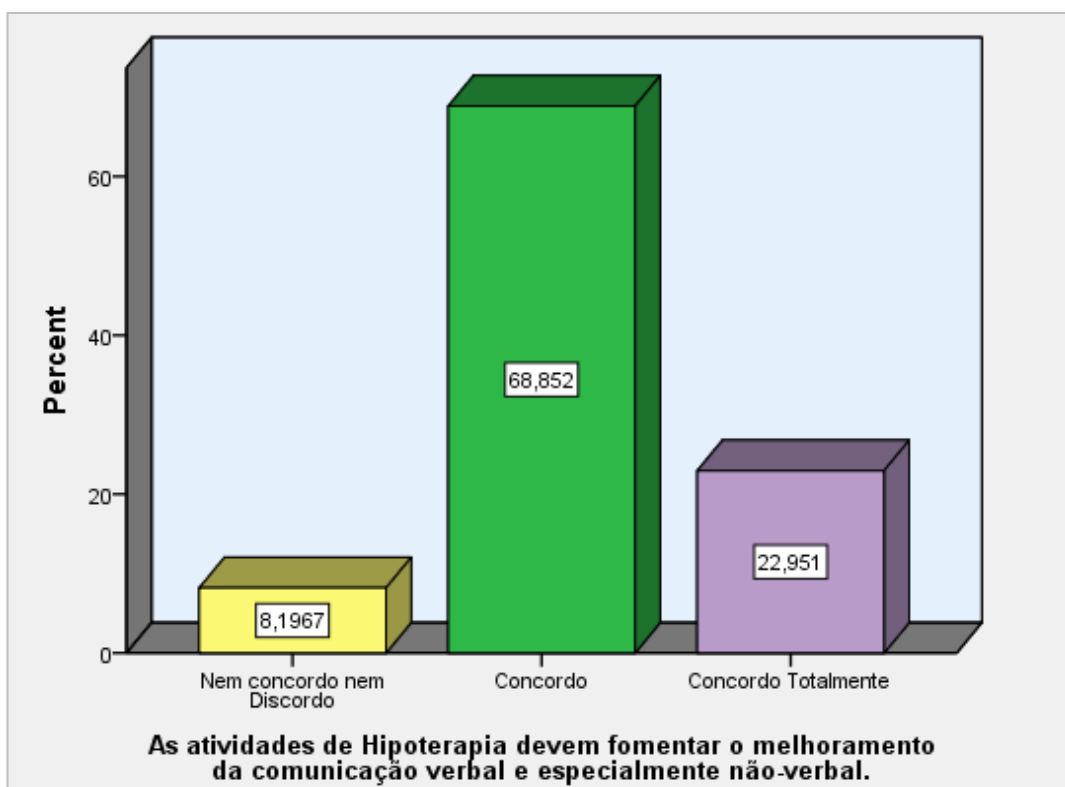
Nesta afirmação os inquiridos manifestaram um grau de concordância de 95,1% (68,9% concorda e 26,2% concorda totalmente), existe uma percentagem pouca significativa de inquiridos, 4,9% sem opinião formada. Lermontov (2004), partilha da mesma opinião, e assegura que a criança seguindo as ordens do terapeuta, e mais tarde se ela própria for capaz de dar ordens ao cavalo, estimulam o desenvolvimento da comunicação (benefícios do uso da linguagem, em que a criança dá ordens e por sua vez, o cavalo reage). Desta forma cria-se um incentivo ao aumento da interação e do uso da linguagem.

**Tabela 14**

**As atividades de Hipoterapia devem fomentar o melhoramento da comunicação verbal e especialmente não-verbal.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem Discordo	10	8,2	8,2	8,2
Valid Concordo	84	68,9	68,9	77,0
Concordo Totalmente	28	23,0	23,0	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 14**



Relativamente à afirmação, as atividades de hipoterapia devem fomentar o melhoramento da comunicação verbal e especialmente não-verbal, 91,9% dos inquiridos concordam com a mesma (68,9% concordam e 23% concordam totalmente). Apenas 8,2% dos inquiridos sem opinião formada. Ao longo da revisão da literatura encontramos alguns autores defensores deste benefício da equitação terapêutica nomeadamente,



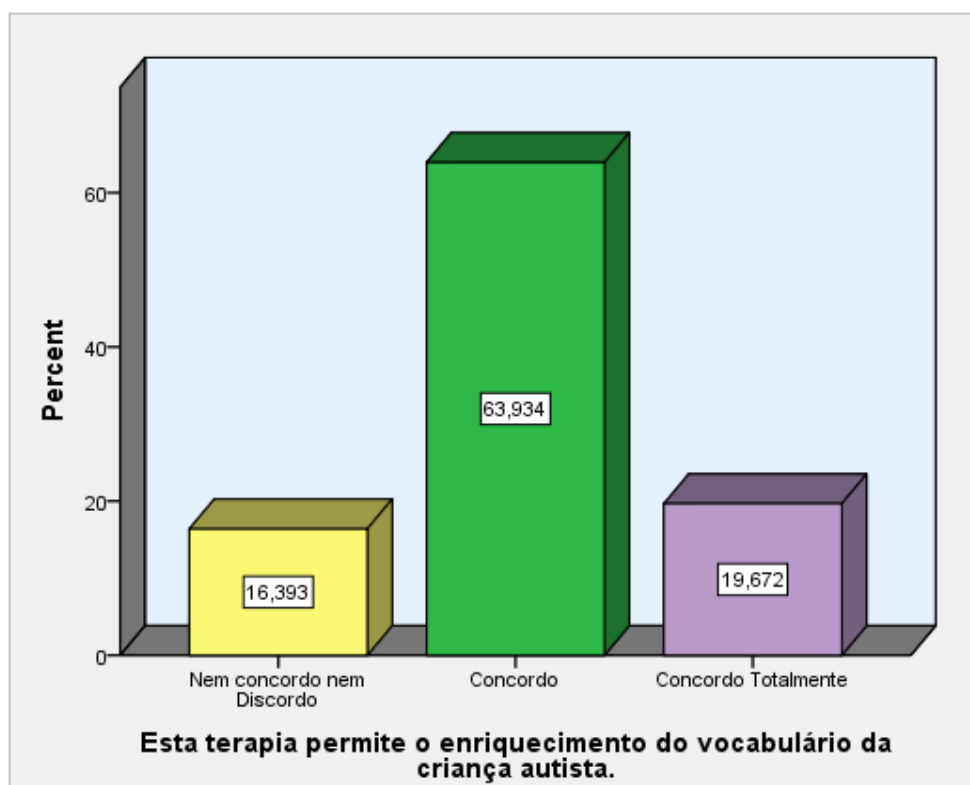
Seixas L. (2011) refere a melhoria e aumento da comunicação gestual e oral, melhorando a articulação das palavras. As atividades desenvolvidas poderão constituir-se como potenciadoras das capacidades de expressão e comunicação bem como, da criatividade e linguagem.

**Tabela 15**

**Esta terapia permite o enriquecimento do vocabulário da criança autista.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem Discordo	20	16,4	16,4	16,4
Valid Concordo	78	63,9	63,9	80,3
Concordo Totalmente	24	19,7	19,7	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 15**



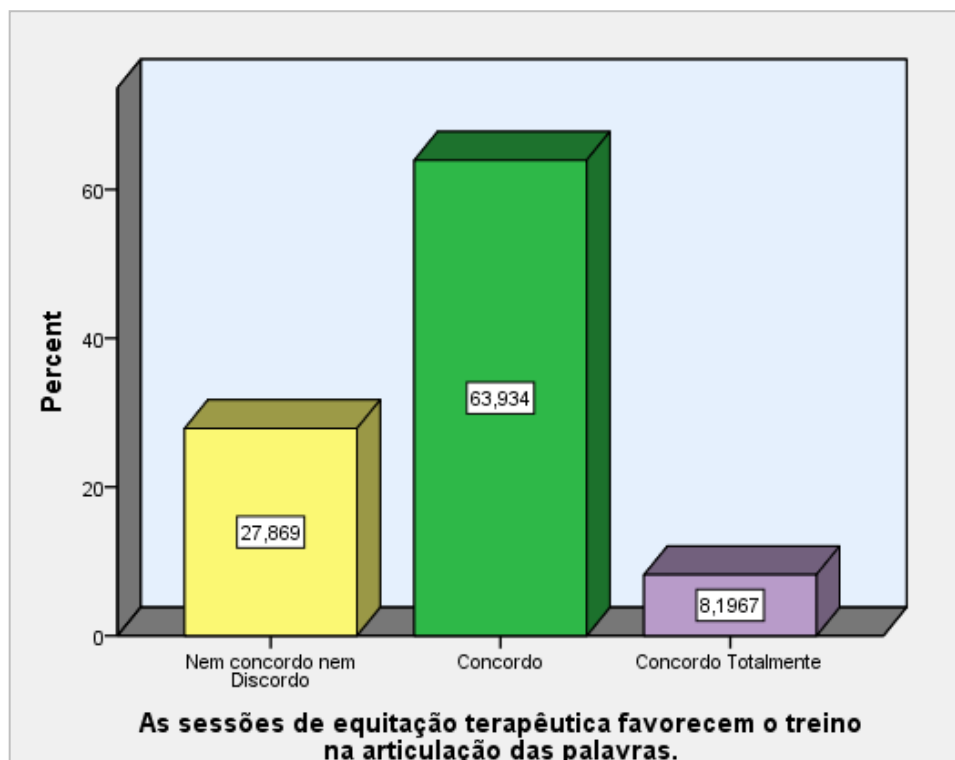
Nesta afirmação os inquiridos manifestaram um grau de concordância de 83,6% (63,9% concorda e 19,7% concorda totalmente), há uma percentagem significativa de inquiridos, 16,4%, sem opinião formada. A maioria dos inquiridos afirma que as crianças autistas, através da prática de atividades de hipoterapia/equitação terapêutica, adquirem competências que favorecem o enriquecimento do vocabulário. Reforçando esta ideia, Lobo (2003) declara que estas terapias contribuem para a melhoria do nível psicológico-cognitivo (melhora e aumenta a comunicação gestual e oral; aumenta o vocabulário; ajuda a construir frases corretamente; melhora a articulação das palavras e melhora a concentração).

**Tabela 16**

**As sessões de equitação terapêutica favorecem o treino na articulação das palavras.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem	34	27,9	27,9	27,9
Discordo				
Valid Concordo	78	63,9	63,9	91,8
Concordo Totalmente	10	8,2	8,2	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 16**



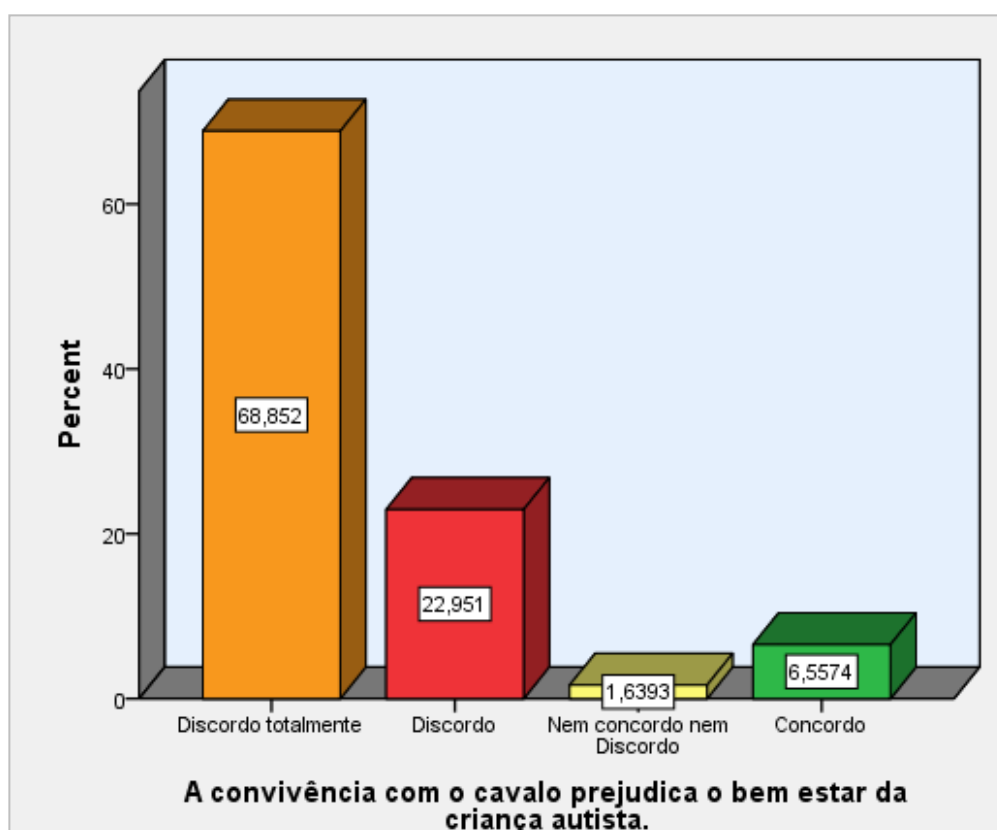
Em relação a esta afirmação 72,1% concordam (63,9% concorda e 8,2% concorda totalmente),no entanto, ainda existem muitas dúvidas por parte de alguns inquiridos, acerca destes benefícios tendo em conta que 27,9% nem concordam nem discordam. Freire (1999) defende que o movimento tridimensional do cavalo fornece uma combinação de estímulos sensoriais (contato com o corpo quente do cavalo), motores (através do uso de vários grupos musculares), e neurológicos (estimulação do sistema vestibular e sistema proprioceptivo). Com este autor torna-se possível confirmar todas as afirmações referenciadas anteriormente alusivas ao trabalho desenvolvido em conjunto entre a equipa interdisciplinar, contribuindo, deste modo para novas aquisições na área da linguagem e da comunicação.

**Tabela 17**

**A convivência com o cavalo prejudica o bem-estar da criança autista.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Discordo totalmente	84	68,9	68,9	68,9
Discordo	28	23,0	23,0	91,8
Nem concordo nem	2	1,6	1,6	93,4
Discordo				
Concordo	8	6,6	6,6	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 17**



O grau de discordância para esta afirmação é de 91,9% (68,9% discorda e 23% discorda totalmente), 1,6% não concorda nem discorda da afirmação. Logo esta é mais uma afirmação que confirma que este questionário foi respondido com seriedade. Prova

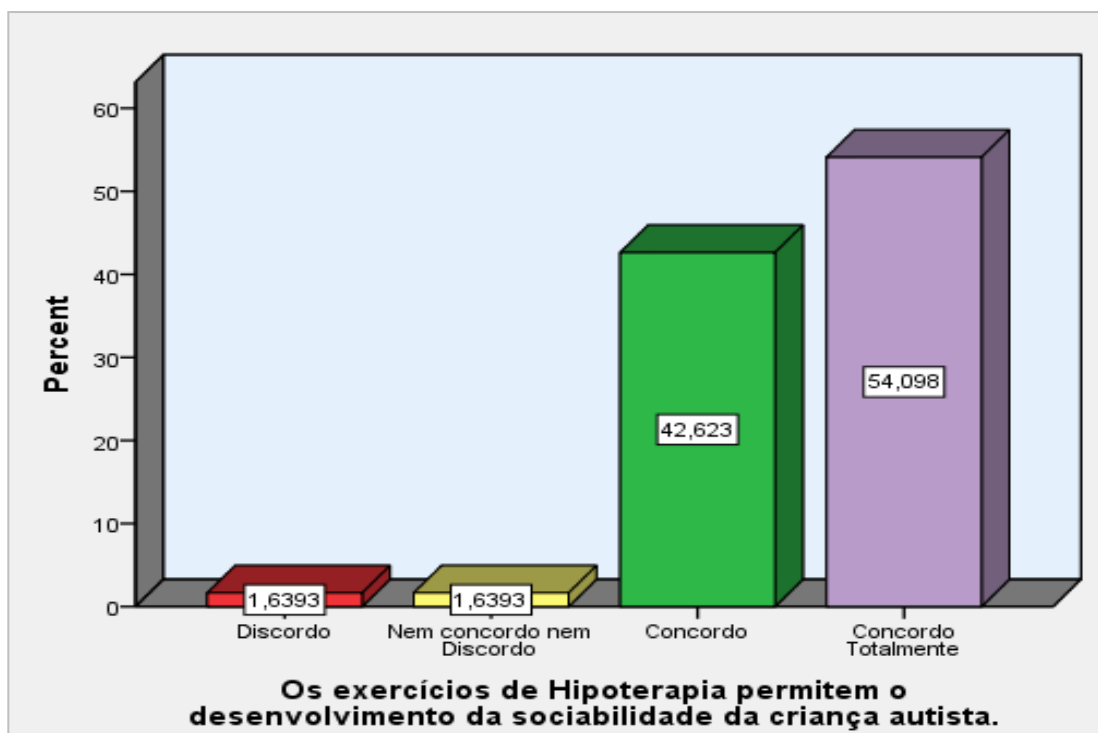
disto, é a afirmação 6 em que 96,7% dos docentes afirmam que a prática desta atividade permite à criança autista adquirir competências a vários níveis de desenvolvimento. Esta ideia é reforçada por alguns autores (Lobo, 2003; Lermontov, 2004, Dotti, 2005), já referenciados aquando da revisão da literatura.

**Tabela 18**

**Os exercícios de Hipoterapia permitem o desenvolvimento da sociabilidade da criança autista.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Discordo	2	1,6	1,6	1,6
Nem concordo nem Discordo	2	1,6	1,6	3,3
Valid Concordo	52	42,6	42,6	45,9
Concordo Totalmente	66	54,1	54,1	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 18**



A maioria dos inquiridos 96,7% concordam com a afirmação, (42,6% concordam e 54,1% concordam totalmente) e 1,6% nem concorda nem discorda, e a mesma percentagem anterior discorda.

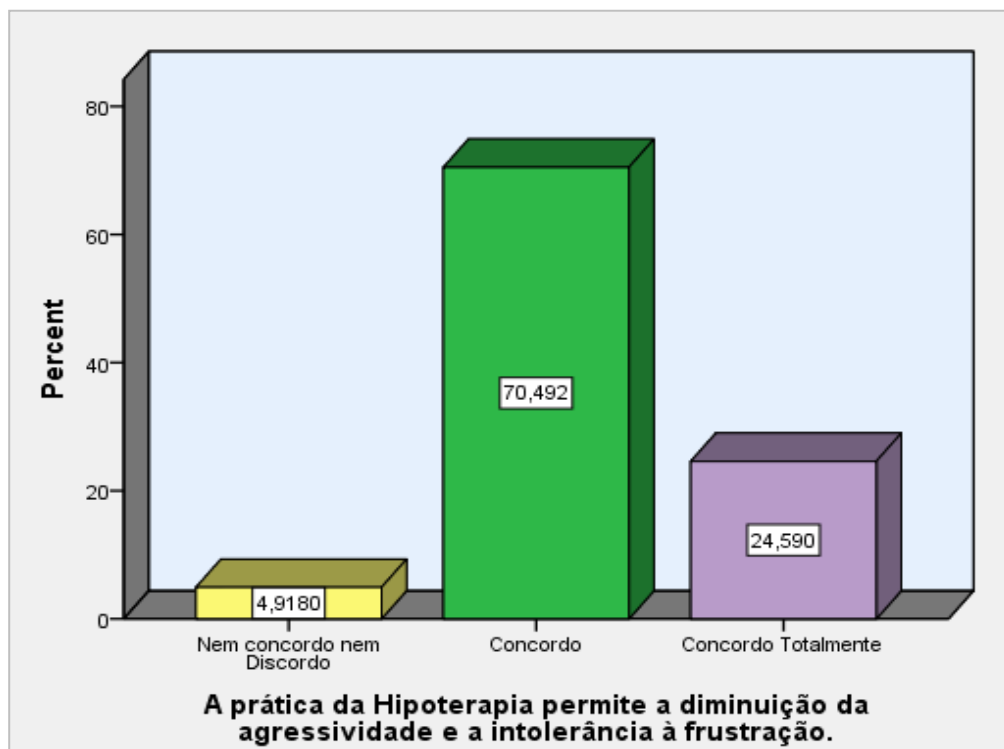
Aquando da revisão da literatura, foram referenciados vários autores (Dotti, 2005; Freire, 1999; Lermontov, 2004) que são unanimes nas suas afirmações, referindo que o paciente melhora ao nível da socialização, principalmente devido ao aumento da interação social, que ocorre quer com a equipa quer com os seus pares. Este aspeto faz com que o sentido da convivência e a cooperação aumentem na pessoa autista, enquanto existe uma redução do isolamento e do sentido de solidão.

**Tabela 19**

**A prática da Hipoterapia permite a diminuição da agressividade e a intolerância à frustração.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem	6	4,9	4,9	4,9
Discordo				
Valid Concordo	86	70,5	70,5	75,4
Concordo Totalmente	30	24,6	24,6	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 19**



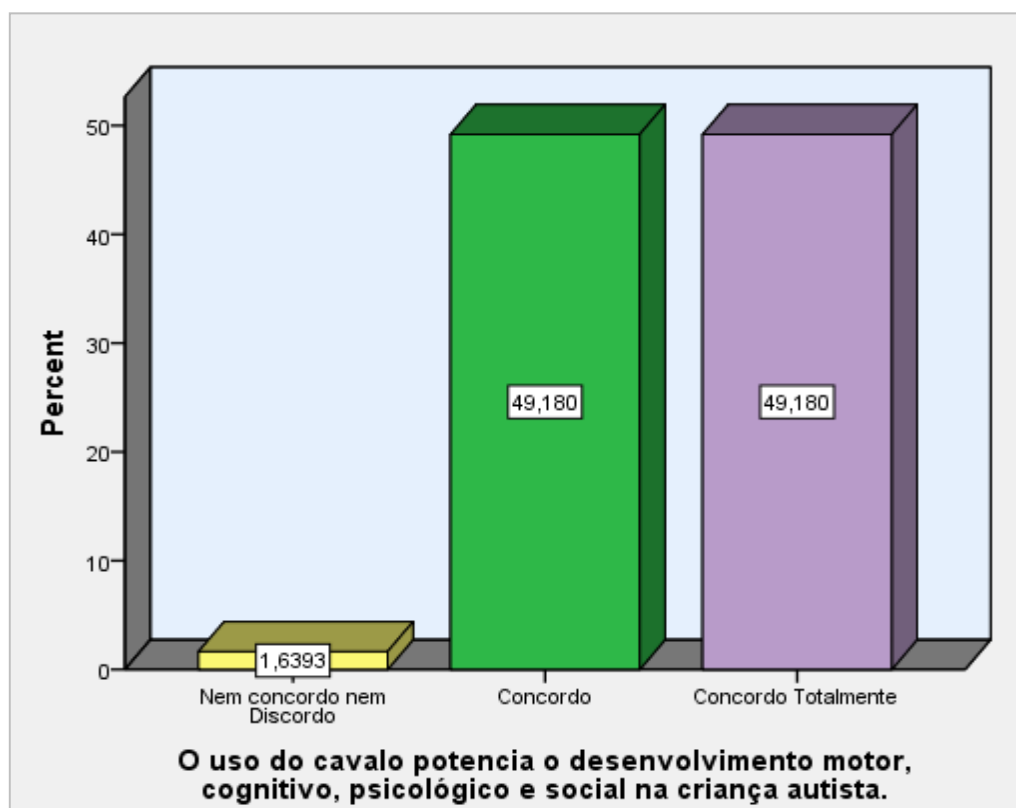
Em relação a esta afirmação 95,1% concordam (70,5% concorda e 24,6% concorda totalmente),no entanto, 4,9% dos inquiridos nem concordam nem discordam com esta afirmação. Desta forma, e de acordo com Leitão (2004), os comportamentos das pessoas com autismo também se modificam perante esta prática, sendo possível afirmar que existe uma tendência para que os comportamentos agressivos, desorganizados, instáveis e de grande agitação diminuam, sobretudo, quando o paciente esta montado no dorso do cavalo.

**Tabela 20**

**O uso do cavalo potencia o desenvolvimento motor, cognitivo, psicológico e social na criança autista.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem Discordo	2	1,6	1,6	1,6
Valid Concordo	60	49,2	49,2	50,8
Concordo Totalmente	60	49,2	49,2	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 20**



A esmagadora maioria dos inquiridos concorda, 98,4% (49,2% concorda e 49,2 concorda totalmente), apenas 1,6% dos inquiridos nem concordam nem discordam com esta afirmação. Nesta afirmação os inquiridos concordam com o que defende Oliveira (2003) o trabalho desenvolvido com o cavalo impulsionava processos emotivos, cognitivos, relacionais e corporais que caracterizam a evolução global do indivíduo.

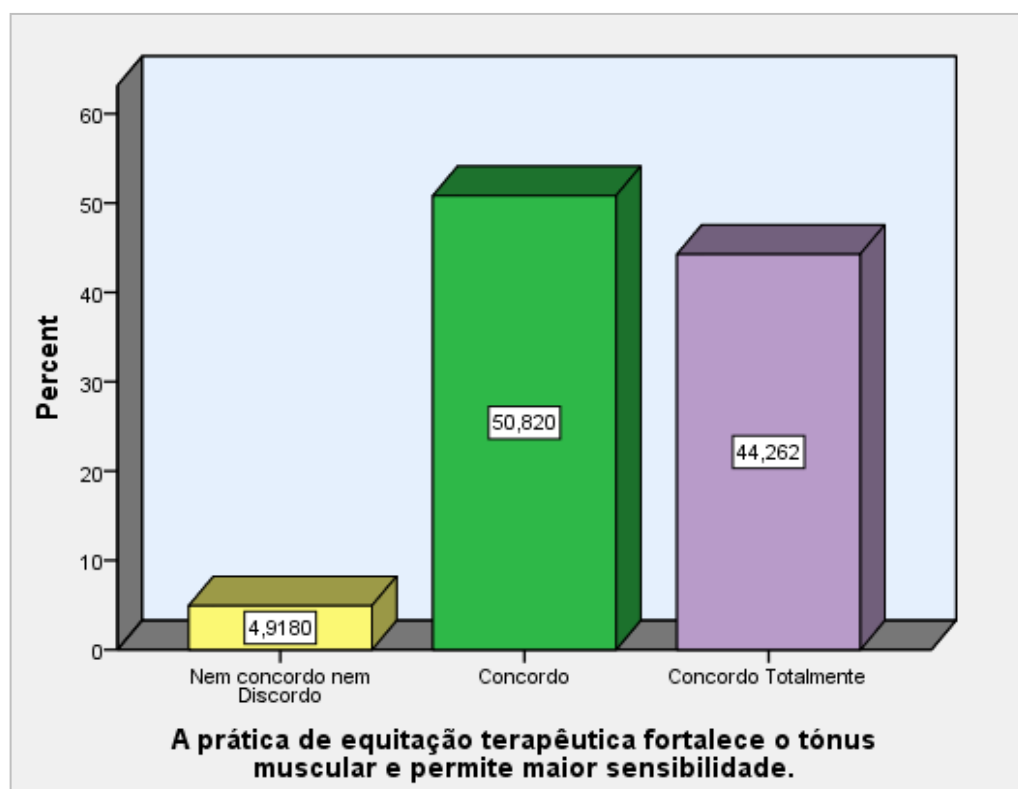


**Tabela 21**

**A prática de equitação terapêutica fortalece o tônus muscular e permite maior sensibilidade.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem Discordo	6	4,9	4,9	4,9
Valid Concordo	62	50,8	50,8	55,7
Concordo Totalmente	54	44,3	44,3	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 21**



O grau de concordância para esta afirmação é de 95,1% (50,8% concorda e 44,3% concorda totalmente), e 4,9% não concorda nem discorda com a afirmação.

Mediante a análise dos resultados, verifica-se que a grande maioria dos docentes considera que a prática da equitação terapêutica fortalece o tônus muscular e permite

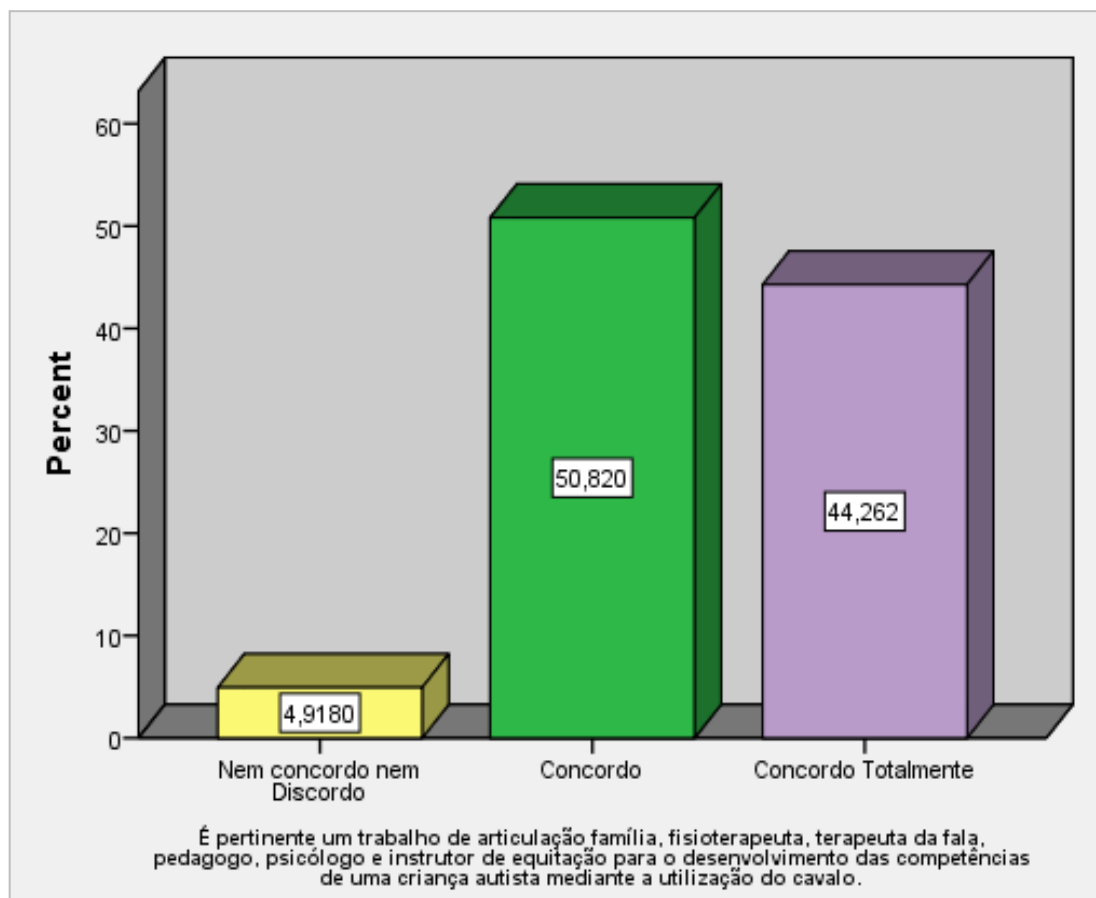
maior sensibilidade. Na literatura encontramos vários autores que defendem esta ideia, nomeadamente Lallery (1973), quando refere que as paragens e os arranques provocam no cavaleiro situações de contração e descontração de determinados grupos musculares, proporcionando um relaxamento muscular

**Tabela 22**

**É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nem concordo nem	6	4,9	4,9	4,9
Discordo				
Valid Concordo	62	50,8	50,8	55,7
Concordo Totalmente	54	44,3	44,3	100,0
Total	122	100,0	100,0	

**Gráfico 22**



Para esta afirmação o grau de concordância dos inquiridos é de 95,1% ( 50,8% concorda e 44,3% concorda totalmente) e 4,9% dos inquiridos revela não ter opinião formada sobre a afirmação.

Este trabalho deve ser desenvolvido por técnicos especializados em conjunto com a família. A participação dos pais nos tratamentos é muito importante, pois possuem uma posição única na vida da criança. Britton (1991) partilha da mesma opinião e afirma que as sessões de Hipoterapia deveriam de acontecer em ambiente controlado, proporcionando tanto o paciente como o cavalo maior sucesso nos exercícios, que resultam do trabalho coletivo, o qual procura desenvolver a expressividade relativa aos processos emotivos, cognitivos, relacionais e corporais que caracterizam a evolução global do indivíduo.

## 7. Cruzamento de Dados

**Tabela 23**

Género/O cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE.

Género		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Masculino	Valid				
	Concordo	14	63,6	63,6	63,6
	Concordo Totalmente	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
Feminino	Valid				
	Concordo	54	54,0	54,0	54,0
	Concordo Totalmente	46	46,0	46,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Relativamente à afirmação “O cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE”, verifica-se através dos dados obtidos que o grau de concordância é semelhante entre os docentes do sexo masculino (14 – 63,6% concordam e 8-36,4% concordam totalmente) e do sexo feminino (54-54% concordam e 46-46% concordam totalmente). Conclui-se que independentemente do género dos docentes inquiridos a sua perspetiva face ao potencial do cavalo como agente de reabilitação e tratamento de pessoas com NEE é francamente positiva.

**Tabela 24**

Género/Os exercícios de Hipoterapia permitem o desenvolvimento da sociabilidade da criança autista.

Género		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Masculino	Valid				
	Concordo	10	45,5	45,5	45,5
	Concordo Totalmente	12	54,5	54,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	
Feminino	Valid				
	Discordo	2	2,0	2,0	2,0
	Nem concordo nem	2	2,0	2,0	4,0
	Discordo	2	2,0	2,0	4,0
Feminino	Valid				
	Concordo	42	42,0	42,0	46,0
	Concordo Totalmente	54	54,0	54,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Relativamente à afirmação “Os exercícios de Hipoterapia permitem o desenvolvimento da sociabilidade da criança autista”, conclui-se que a grande maioria dos docentes é favorável à mesma, verificando-se, contudo uma ligeira diferença percentual entre os docentes (10-45,5% concordam e 12-54,5% concordam totalmente) e as docentes (42-42% concordam e 54-54% concordam totalmente).

**Tabela 25**

Gênero/É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo.

Gênero			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Masculino	Valid	Concordo	12	54,5	54,5	54,5
		Concordo Totalmente	10	45,5	45,5	100,0
		Total	22	100,0	100,0	
		Nem concordo nem Discordo	6	6,0	6,0	6,0
Feminino	Valid	Concordo	50	50,0	50,0	56,0
		Concordo Totalmente	44	44,0	44,0	100,0
		Total	100	100,0	100,0	

Relativamente à afirmação “É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo.” conclui-se que o grau de concordância é bastante semelhante entre os docentes do sexo masculino (12-54,5% concordam e 10-45,5% concordam totalmente) e do sexo feminino (50-50% concordam e 44-44% concordam totalmente), sendo a percentagem do nem concordo nem discordo de 6%. Mais uma vez destaca-se expressivamente a opinião favorável por parte das docentes relativamente aos benefícios da prática da hipoterapia por parte das crianças autistas, particularmente quando existe articulação entre as equipas interdisciplinares e estas se socorrem do potencial do cavalo.

**Tabela 26**

Idade/O cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE.

Idade			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
entre 25 e 35	Valid	Concordo	28	66,7	66,7	66,7
		Concordo Totalmente	14	33,3	33,3	100,0
		Total	42	100,0	100,0	
entre 36 e 45	Valid	Concordo	34	47,2	47,2	47,2
		Concordo Totalmente	38	52,8	52,8	100,0
		Total	72	100,0	100,0	
mais de 46	Valid	Concordo	6	75,0	75,0	75,0
		Concordo Totalmente	2	25,0	25,0	100,0
		Total	8	100,0	100,0	

Relativamente à afirmação “O cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE”, verifica-se que, independentemente da faixa etária em que se encontram os docentes inquiridos, a totalidade dos mesmos concorda ou concorda totalmente com a afirmação. Salieta-se, mesmo assim, que a percentagem dos docentes que concordam totalmente (38-52,8%) é superior nos docentes cuja idade está compreendida entre os 36 e os 45 anos em relação aos inquiridos que se encontram incluídos nas restantes faixas etárias consideradas neste estudo.

**Tabela 27**

Idade/É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo.

Idade		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
entre 25 e 35	Nem concordo nem	2	4,8	4,8	4,8
	Discordo				
	Concordo	26	61,9	61,9	66,7
	Concordo Totalmente	14	33,3	33,3	100,0
	Total	42	100,0	100,0	
entre 36 e 45	Nem concordo nem	4	5,6	5,6	5,6
	Discordo				
	Concordo	32	44,4	44,4	50,0
	Concordo Totalmente	36	50,0	50,0	100,0
	Total	72	100,0	100,0	
mais de 46	Concordo	4	50,0	50,0	50,0
	Concordo Totalmente	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Relativamente à afirmação “É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo”, constata-se que o grau de concordância em relação à mesma é bastante elevado independentemente da faixa etária em que se encontram os docentes. No entanto, evidencia-se um maior grau de concordância na faixa etária que integra os docentes com mais de 46 anos (50% concordam e 50% concordam totalmente). O fator idade atesta que os docentes mais “maduros” e pela sua experiência profissional valorizam e defendem que quando o trabalho é realizado em equipa a probabilidade de sucesso será maior.



**Tabela 28**

Tempo de serviço/A Hipoterapia / equitação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida da criança autista.

Tempo de Serviço		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
menos de 5 anos	Nem concordo nem	2	14,3	14,3	14,3
	Discordo				
	Concordo	12	85,7	85,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	
entre 5 a 10 anos	Nem concordo nem	2	5,9	5,9	5,9
	Discordo				
	Concordo	16	47,1	47,1	52,9
	Concordo Totalmente	16	47,1	47,1	100,0
	Total	34	100,0	100,0	
entre 11 a 20 anos	Nem concordo nem	2	3,0	3,0	3,0
	Discordo				
	Concordo	28	42,4	42,4	45,5
	Concordo Totalmente	36	54,5	54,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	
mais de 21 anos	Concordo	6	75,0	75,0	75,0
	Concordo Totalmente	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Através da análise desta afirmação “A Hipoterapia / equitação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida da criança autista.”, constata-se que o grau de concordância em relação à mesma é bastante elevado independentemente da faixa etária em que se encontram os docentes. No entanto, evidencia-se um maior grau de concordância na faixa etária que integra os docentes com mais de 21 anos de serviço (75% concordam e 25% concordam totalmente). No intervalo de idade referente aos docentes com menos de cinco anos de serviço verifica-se que estes ainda têm, quiçá, menos conhecimento da realidade vivida pelas crianças que beneficiam com a prática da hipoterapia.

**Tabela 29**

Tempo de serviço/O uso do cavalo potencia o desenvolvimento motor, cognitivo, psicológico e social na criança autista.

Tempo de Serviço		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
menos de 5 anos	Valid	Concordo	8	57,1	57,1
		Concordo Totalmente	6	42,9	100,0
		Total	14	100,0	
entre 5 a 10 anos	Valid	Nem concordo nem	2	5,9	5,9
		Discordo	2	5,9	5,9
		Concordo	16	47,1	52,9
entre 11 a 20 anos	Valid	Concordo Totalmente	16	47,1	100,0
		Total	34	100,0	
		Concordo	30	45,5	45,5
mais de 21 anos	Valid	Concordo Totalmente	36	54,5	100,0
		Total	66	100,0	
		Concordo	6	75,0	75,0
	Valid	Concordo Totalmente	2	25,0	100,0
		Total	8	100,0	

Verifica-se nesta afirmação “O uso do cavalo potencia o desenvolvimento motor, cognitivo, psicológico e social na criança autista.”, que o grau de concordância em relação à mesma é bastante elevado independentemente da faixa etária em que se encontram os docentes. No entanto, salienta-se a faixa etária dos docentes que possuem entre 11 e 20 anos de tempo de serviço por apresentarem uma percentagem mais elevada de docentes a concordarem totalmente (36; 54,5%). Estes dados revelam que a grande maioria dos docentes tem consciência das mais valias da prática da hipoterapia nos mais diversos domínios da vida da criança autista.

**Tabela 30**

Tempo de serviço/É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo.

Tempo de Serviço			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
menos de 5 anos	Valid	Concordo	10	71,4	71,4	71,4
		Concordo Totalmente	4	28,6	28,6	100,0
		Total	14	100,0	100,0	
entre 5 a 10 anos	Valid	Nem concordo nem	2	5,9	5,9	5,9
		Discordo				
		Concordo	18	52,9	52,9	58,8
		Concordo Totalmente	14	41,2	41,2	100,0
		Total	34	100,0	100,0	
entre 11 a 20 anos	Valid	Nem concordo nem	4	6,1	6,1	6,1
		Discordo				
		Concordo	30	45,5	45,5	51,5
		Concordo Totalmente	32	48,5	48,5	100,0
		Total	66	100,0	100,0	
mais de 21 anos	Valid	Concordo	4	50,0	50,0	50,0
		Concordo Totalmente	4	50,0	50,0	100,0
		Total	8	100,0	100,0	

Verifica-se nesta afirmação “É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo.” que globalmente existe um parecer favorável dos inquiridos relativamente à importância da articulação das equipas interdisciplinares, particularmente quando utilizam o cavalo na sua praxis. Curiosamente, são os docentes que possuem menos de cinco e mais de 21 anos de serviço que revelam plena concordância face à afirmação em causa. Contudo, é também uma minoria de docentes dos restantes intervalos de experiência profissional em análise que aponta não ter propriamente uma opinião sobre o assunto em

causa. Estes resultados reforçam as conclusões obtidas na tabela 27. O fator experiência profissional não influencia significativamente a opinião dos docentes relativamente ao facto do trabalho realizado em equipa a promover mais facilmente o sucesso das crianças com autismo.

### *7.1. Análise global do cruzamento de dados*

Relativamente ao cruzamento das variáveis “género” e “idade” com as afirmações “É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo.” e “O cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE”, salienta-se que, independentemente, do género e da idade dos docentes inquiridos a perspetiva defendida pelos mesmos, é a de que através do cavalo se promove mais facilmente o desenvolvimento global e a educação das crianças com autismo e que a articulação entre a equipa interdisciplinar é bastante relevante para promoção do desenvolvimento das competências destas, particularmente, quando essa articulação é acompanhada do uso do cavalo. A variável “género” cruzada com a afirmação “Os exercícios de Hipoterapia permitem o desenvolvimento da sociabilidade da criança autista” permite concluir que, independentemente do género, a prática da equitação terapêutica facilita o estabelecimento de relações das crianças autistas com os outros e, consequentemente, a sua inclusão social.

Através do cruzamento da variável “tempo de serviço” com as afirmações “É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo”, “O uso do cavalo potencia o desenvolvimento motor, cognitivo, psicológico e social na criança autista” e “A Hipoterapia / equitação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida da criança autista” constata-se que a grande maioria dos docentes inquiridos encontra mais valias na prática da equitação terapêutica, considerando que esta proporciona uma melhor qualidade de vida, podendo relacionar-se esta melhoria com o desenvolvimento motor, cognitivo, psicológico e social que o contacto com o cavalo potencia. Verifica-se também que estas mais valias saem mais reforçadas quando todo o trabalho desenvolvido em torno de uma criança com autismo resulta da articulação entre a equipa interdisciplinar.

## 8. Discussão dos Resultados

Com este estudo pretendíamos averiguar a opinião dos educadores e professores se a prática da hipoterapia promovia o desenvolvimento das crianças autistas. Podendo esta prática ainda, contribuir positivamente para o desenvolvimento global e para a qualidade de vida destas crianças. Uma vez finalizada a revisão da literatura, realizou-se a recolha e tratamento dos dados resultantes do inquérito por questionário, ao qual responderam 122 professores de vários níveis de ensino.

Após a análise dos resultados confirmaram-se as premissas defendidas no enquadramento teórico deste estudo.

Depois da análise da literatura constatámos que há vários autores que realçam a importância do uso do cavalo como recurso terapêutico em todas as crianças, mas essencialmente em crianças com NEE.

De acordo com as opiniões manifestadas pelos inquiridos verificamos que a hipótese um (“Os docentes com mais tempo de serviço são mais de opinião de que a hipoterapia permite melhorar a qualidade de vida da criança autista do que os docentes que possuem menos tempo de serviço”.) confirma-se visto que através do cruzamento das informações com a variável “tempo de serviço” com a afirmação “A Hipoterapia /equitação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida da criança autista”, os resultados apontaram para que os docentes com mais tempo de serviço demonstraram que concordam que a prática da hipoterapia influencia a qualidade de vida da criança autista. No entanto, os docentes com menos de cinco anos de serviço ainda revelam falta de conhecimento devido, quiçá, por escassez de experiência do conhecimento da realidade vivida pelas crianças que beneficiam com a prática da hipoterapia.

Relativamente à segunda hipótese (“Os docentes com mais tempo de serviço são mais de opinião de que a prática da hipoterapia potencia o desenvolvimento global da criança autista do que os docentes com menos tempo de serviço”.) verifica-se que esta se confirma uma vez que através do cruzamento da variável “tempo de serviço” com a afirmação “O uso do cavalo potencia o desenvolvimento motor, cognitivo, psicológico e social na criança autista” os dados revelam que são os docentes com mais tempo de serviço que têm consciência das mais valias da prática da hipoterapia nos mais diversos domínios da vida da criança autista.

No que diz respeito à terceira hipótese (“Os docentes, são mais de opinião que o recurso à hipoterapia potencia o desenvolvimento global da criança autista do que as docentes.”) verificou-se a validação da mesma uma vez que, através do cruzamento da

variável “gênero” com a afirmação “Os exercícios de Hipoterapia permitem o desenvolvimento da sociabilidade da criança autista”, os resultados apontaram que são os docentes inquiridos do sexo masculino que consideram os exercícios de hipoterapia uma mais valia para o desenvolvimento da criança.

A hipótese quatro (“Os docentes com mais idade, comparativamente com os mais novos, consideram que o cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE”) não se encontra validada uma vez que através do cruzamento de dados relativos à “idade” e à afirmação “o cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE” não se verifica que são os docentes inquiridos com mais e menos idade que têm consciência das mais valias do uso do cavalo como agente de reabilitação da criança autista, mas sim os docentes inquiridos cuja idade está compreendida entre os 36 e os 45 anos. A percentagem desta faixa etária salienta-se em relação aos inquiridos que se encontram incluídos nas restantes faixas etárias, consideradas neste estudo.

Relativamente à hipótese cinco (“As docentes são mais da opinião que a articulação entre as equipas interdisciplinares é importante para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo do que os docentes.”) considera-se que esta não se encontra validada uma vez que através do cruzamento de dados relativos ao “gênero” e à afirmação “É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo”, conclui-se que o grau de concordância é bastante semelhante entre os docentes do sexo masculino e do sexo feminino. Destaca-se a opinião favorável por parte dos docentes, embora as docentes também, apresentem a mesma perspetiva mas numa percentagem menor, relativamente aos benefícios da prática da hipoterapia por parte das crianças autistas, particularmente quando existe articulação entre as equipas interdisciplinares e estas se socorrem do potencial do cavalo.

Relativamente aos objetivos visados para este estudo (aferir se os docentes compreendem a correta definição de autismo; aferir se os docentes conhecem as características associadas ao autismo; averiguar se os docentes consideram a hipoterapia um meio facilitador de aprendizagem; perceber se os docentes aplicam a hipoterapia como estratégia de aquisição de competências, em crianças autistas e aferir a importância da articulação entre as equipas interdisciplinares para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo) foram alcançados.

Concluimos, com esta investigação e com os resultados apresentados que as hipóteses quatro e cinco não foram validadas enquanto que as hipóteses um, dois e três foram validadas, nesta investigação.

Em suma com este estudo concluimos que a importância da hipoterapia e equitação terapêutica, nas sessões individualizadas, permitem o desenvolvimento e integração dos autistas, de modo a adquirir e a fortalecer as suas capacidades e meios de comunicacionais e relacionais para uma melhor integração no meio escolar e comunidade. No entanto, esta evolução leva o seu tempo dependendo do tipo de autismo, pois alguns autistas demonstram mais dificuldades em se relacionar com a equipa interdisciplinar, contudo, é através do trabalho contínuo e paciente que se alcança resultados satisfatórios.



## **Conclusão**

A revisão da literatura que realizamos pretendeu abordar todos os conceitos que sobressaíram da questão fundamental deste trabalho: a importância da hipoterapia nas crianças autistas. Assim, através dos resultados obtidos, parece-nos importante destacar que os docentes inquiridos percecionam a relação que a criança com autismo mantém com o cavalo como satisfatória e positiva, na medida em que responde às suas necessidades. Embora não seja significativo na realidade portuguesa, o fato é que 122 docentes inquiridos demonstraram possuir uma visão positiva sobre o uso do cavalo na vida da criança com NEE.

Nesta ótica ser uma criança portadora do espectro autista não significa que não possa interagir com os seus pares, pelo contrário, pois é uma criança que possui características específicas da sua própria individualidade. Apesar das causas desta perturbação serem ainda desconhecidas, é essencial que tenhamos expectativas em relação aos progressos destas crianças, no entanto temos que ter em atenção as suas especificidades e potencialidades.

É indispensável um conhecimento alargado das possibilidades destas crianças e das suas características de desenvolvimento, pois só dessa forma é que poderemos recorrer à utilização de diferentes princípios pedagógicos e terapêuticos com a eficácia necessária.

Sendo assim, a prática de hipoterapia e equitação terapêutica surgem como forma de potenciar esses mesmos comportamentos. Tendo em atenção as características destas crianças. Estas terapias têm como objetivo fazer com que a criança ultrapasse, dentro os possíveis, danos sensoriais, motores, cognitivos, afetivos e/ou comportamentais. Estas terapias conduzem este tipo de crianças a comportamentos mais ajustados de uma forma eficaz, permitindo ultrapassar as barreiras comportamentais que muitas vezes os inibem de progredir noutras áreas de desenvolvimento.

Para que esta intervenção seja eficaz é necessário que toda a comunidade educativa esteja envolvida, para além da escola. O papel da família é também muito importante, pois inicialmente é neste campo que a criança socializa.

Com a realização deste estudo esperamos ter conseguido demonstrar a importância que este tipo de terapia têm enquanto parceira para o desenvolvimento das crianças autistas. No entanto, consideramos que dados os custos elevados associados à prática da hipoterapia, esta, infelizmente, ainda não se encontra acessível a todos os que dela mais precisam, autistas ou outros.

## **Linhas de investigação futuras**

Durante a realização deste trabalho deparámo-nos com uma grande limitação, escassa bibliografia sobre o assunto Hipoterapia e Equitação Terapêutica para realizar a investigação, no entanto, conseguimos contornar estas dificuldades e prosseguimos com o estudo.

Este foi um tema bastante interessante, o qual deu imenso prazer em investigar, contudo, consideramos que seria interessante dar continuidade a esta pesquisa, mas desta vez um pouco diferente, fazer um estudo caso com crianças autistas na prática de hipoterapia/equitação terapêutica.

Terminamos com um incentivo a todos os profissionais que abraçam o ensino no sentido de proporcionarem a todos os alunos uma escola repleta de oportunidades, continuem a aceitar desafios e façam disso pontes para construir novos caminhos e formas de ensinar.

## Bibliografia

- Ande-Brasil. (2002). Fundamentos Doutrinários da Equoterapia no Brasil. *In* Ande-Brasil. (Eds.) *Curso Básico de Equoterapia*, pp.11 – 24, Brasília: Associação Nacional de Equoterapia.
- Alves, E. (2009). *Prática em Equoterapia: Uma Abordagem Fisioterápica*. São Paulo: Atheneu Editora, 1ª edição.
- All, A. e Loving, G. (1999). *Animals, Horseback Riding, and Implications for Rehabilitation Therapy*. Journal of Rehabilitation, pp. 49 - 57.
- American Psychiatric Association. (2008). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)*. Texto Revisto. Lisboa: Climepsi Editores, 1ª edição.
- Associação Psiquiátrica Americana. (1994). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)*. 4ª edição.
- Bain, A. (1965). *Pony riding for the disabled*. Physical Therapy, 51: 263-265.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivros, 1ª edição.
- Bernardes, C.M.B.O. (2004). *A relação escola-família no 1º ciclo: do envolvimento à participação parental, o sentido e o significado das práticas em tempos de mudança*. Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação, Especialização em educação e Currículo (não publicado).
- Bhering, E.; Siraj – Blatchorfd, I. (1999). *A relação escola-família: um modelo de trocas e colaboração*. Cadernos de pesquisa. Nº 106: 191-216.
- Borges, F. (2000). *Autismo – um silêncio ruidoso. Perspetiva empírica sobre o autismo no sistema regular do ensino*. Almada: Escola Superior de Educação Jean Piaget de Almada.
- Cavaco, N. (2009). *O profissional e a educação especial: uma abordagem sobre o autismo*. Editorial Novembro.
- Carochinho, J. A. (2012). Consultado em <http://www2.formare.pt/iscia/lms/formare/nl/curso/sala/cont/listaCont/conteudos.aspx?q=DUGsm338IJqgn2kPjd+kYSlt0DAYcPQwjHlkfEHgEnxjnm/GIIM2FqnBn4+RLt7UVKRUUm/TMr1FUQgVDB9APRWZrz62a2FtCe7HJdShDXdtsB2t9B6A1qhttp://educacao.umcomo.com.br/articulo/como-utilizar-a-escala-de-likert-em-analise-estatistica-402.html>

- Cruz, J.F.; Machado, P. & Mota, M.P. (1996). *Efeitos e benefícios psicológicos do exercício e atividade física*. Manual de psicologia do Desporto: Manuais de psicologia. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 5: 91-113.
- Cohen, A. (1992). *Therapy is the key word in equine treatment*”. Advance for Physical Therapists, 8, pp. 48.
- Cohen, S. (1990). *Autism uma alteração cognitiva específica de “cegueira mental”*. Revista Portuguesa de Pedagogia, p. 24, 407-430.
- Coletti, L. & Farina, V. (2002). *O Cavalo: Tema para estimulação da comunicação em sessões de Equoterapia*. Comunicação apresentada no II congresso Brasileiro de Equoterapia.
- Copeland-Fitzpatrick, J. e Tebay, M. (1998). *Hippotherapy and therapeutic riding: an internacional review*. In Wilson, C. e Turnar, D. (Eds.), *Companion Animals in Human Health*, pp. 41 – 58, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Correia, L.M. (1999). *Alunos com necessidades educativas especiais em classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- DGIDC. (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo*. Ministério da Educação.
- Dotti, J. (2005). *Terapia e animais*. São Paulo: PC Editorial.
- Eco, Humberto, (2005). *Como se faz uma tese de Ciências Humanas*. Lisboa: Editorial Presença.
- Engel, B.T. (1992). *The learning process: cognition end performance*. In B.T. Engel. *Therapeutic Riding programs: Instruction and Rehabilitation: A Handbook for Instructors end Therapists*, pp. 266 – 273, Durango CO: Author.
- Faria, I., & Santos, S. (2005). *Equitação especial no seio da psicomotricidade*. A Psicomotricidade, 9: 41- 45.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Fatores Psicomotores*. Lisboa: Ancora Editora.
- Fonseca, V. (2008). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Fortin, Marie-Fabienne. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação – da Conceção à Realização*. Edições Técnicas e Científicas, Lda: Loures.
- Freire, H. G. (1999). *Equoterapia: Uma experiência com crianças autistas*. São Paulo: Vetor Editora Psico-pedagógica.
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Basil Blackwell Ltd, Oxford.

- Garcia, T. B. & Rodriguez, C. M. (1997). *A criança autista*. In Bautista R. (Coord.), *Necessidades Educativas Especiais*, pp. 249 - 269, Dinalivro.
- George, H. (1998). *Child therapy and animals*. In C.E. Schaefer (ed). *Innovative interventions in child and adolescents therapy*, pp. 400-418. New York: John Wiley & Sons.
- Hewitt, S. (2005). *Compreender o Autismo: Estratégias Para Alunos Com Autismo Nas Escolas Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Horster, R.; Horde, V. H. & Riegner, C. (1976). *Hippotherapy and therapeutic horseback riding in the treatment of children and adolescents with cerebral pareses and dysmelias*. *Festschrift fur Allgemeinmediziers*, 52 (1): 15-21.
- Jordan, R. (2000). *Educação de Crianças e Jovens com Autismo*. Lisboa: Instituto de Inovações Educacional do Ministério da Educação.
- Jordan, R. (1997). *Educação de Crianças e Jovens com Autismo*. Lisboa: Instituto de Inovações Educacional do Ministério da Educação.
- Jung, C.G. (1973). *O Homem e seus Símbolos*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*. Vol.2: 217-250.
- Leitão, L.G. (2004). *Relações terapêuticas: Um estudo exploratório sobre a equitação psicoeducacional e autismo*. *Análise Psicológica*, 2: 335-354.
- Lermontov, T. (2004). *A Psicomotricidade na Equoterapia*. São Paulo: Ideias & Letras. 1ª edição. Trabalho final do curso de estudos superiores especializados em educação.
- Lobo, A. A. (2003). *Equitação Terapêutica: A influência de um programa de equitação terapêutica e jovens com problemas/distúrbios comportamentais portadores de deficiência mental ligeira*. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ciências do Desporto – especialidade de atividade física adaptada.
- Lobo, C. (1998). *Perturbações do Espectro do Autismo: do conceito à intervenção*. Coimbra.
- Lord, C., Rutherford, M., DiLavore, P., & Risi, S. (2002). *Autism Diagnostic Observation Schedule*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Lubersac, R.; Lallier, H (1973). *La rééducation par l'équitation*. Paris: Crépin-leblond.
- Magerotte, G. (1997). *As famílias que acolhem uma criança com graves problemas de desenvolvimento são famílias a "tempo inteiro"!*. In *Problemática da família-contributo para uma reflexão sobre a família na sociedade atual*, António Rodrigues-Lopes, Viseu: Instituto superior politécnico de Viseu.

- Malta, S. (2002). *A Visão da Psicologia na Equoterapia: o uso do cavalo como instrumento facilitador*. Comunicação apresentada no II Congresso Brasileiro de Equoterapia.
- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística – Com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: Report Number, 5ª Edição.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (1982). *Técnicas de Pesquisa*. Brasil: Editora Atlas.
- Marques, T. (2002). *Autismo: Que Intervenção?*. Cidade Solitária.
- Marques, C. E. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo – Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marques, R. (1991). *A escola e os pais – como colaborar?*. Lisboa: Texto Editora.
- Meen, R. (1987). *Pets and mental health*. In *People Animals Environment*, p. 212.
- Medeiros, M. (2002). *A equoterapia e a sua relevância na neurociência das emoções e no comportamento humano*. Comunicação apresentada no II Congresso Brasileiro de Equoterapia.
- Mello, A. M. S. R. (2005). *Autismo: Guia Prático*. Brasília: Editora São Paulo.
- Nóvoa, M. & Braga, J. (s/data). *Manual de Asinoterapia e Asinomediação*. Atenor: AEPGA .
- Nielson, B.L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula – Um guia para pais e professores*. Coleção Educação Especial, vol.3. Porto: Porto Editora.
- Oliveira, G. (2007). *Autismo: Comorbilidade, Diagnóstico Diferencial, Prognóstico e Intervenção Farmacológica*. Revista Diversidades, 15: 4 – 9.
- Oliveira, P. (2003). *O Cavalo*. In ANDE-BRASIL. (Eds.), *Curso Básico de Equoterapia*, pp. 33 – 44, Brasília: Associação Nacional de Equoterapia.
- Organização Mundial de Saúde. (1994). *Classificação Estatística das Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*. Décima revisão, CID 10.
- Ozonoff, S.; Rogers, S.; Hedren, R. (2004). *Perturbações do Espectro do autismo: perspectivas da investigação atual*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pachiele, C.V. (2002). *A influência da equoterapia e atividades ligadas ao cavalo como processo de transformação na autoestima*. Coletânea de trabalhos do II Congresso Brasileiro de Equoterapia, pp. 33 – 38.
- Pereira, C. & Serra, H. (2006). *Autismo – Uma perturbação perversiva do desenvolvimento*. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.
- Pereira, E. (1999). *Autismo: o significado como processo central*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Lisboa.

- Pereira, E. (1996). *Autismo: do conceito à pessoa*. Lisboa: Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 5ª Edição.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 4ª Edição Revista e Aumentada.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Gradiva.
- Riede, D. (1991). *Physiotherapy on the horse*. In Hansen, T. e Nielsen, M. (Eds.) *Proceedings of the seventh International Congress of Therapeutic Riding*, Dinamarca: Aarhus.
- Rhodes, G. (1999). *Vaulting – A dynamic approach to therapeutic riding*. American vaulting association. Naha Vaulting Committee.
- Rosa, L. (2006). *Biomecânica de um cavalo de terapia: a interferência do peso corporal e da simetria postural do praticante na qualidade do passo do cavalo*. In *Internacional Congresso f Therapeutic Riding*, pp. 218 – 229, Brasília: Ande-Brasil.
- Rutter, M. (1985). *Infantile autism*. In D. Shaffer, A. Erhardt & L. Greenhill (Orgs.), *A clinician's guide to child psychiatry*. New York: Free-Press.
- Santos, L.; Sousa, P. (2009). *Como intervir na perturbação autista*. In [www.psicologia.com.pt/artigos/textos/70262.pdf](http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/70262.pdf) (consultados a 15 julho de 2013).
- Santos, I. M. S. C. & Sousa, P. M. L. (s/data). *Como intervir na perturbação autista*. O portal dos psicólogos, pp. 3 – 12.
- Santos, S. (2005). *Fisioterapia na Equoterapia: Análise de seus efeitos sobre o portador de necessidades especiais*. São Paulo: Ideias & Letras, 1ª Edição.
- Satter, L. (1978). *Intensive therapy camps for children with cerebral palsy*. *Paediatric und Paeddologie.*, 13 (4), 349-355.
- Seixas, L. N. (2011). *O efeito da Hipoterapia e da atrelagem adaptada na auto-eficácia e nas funções psicomotoras de crianças com necessidades educativas especiais*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação apresentada na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade de Lisboa.
- Severo, J. (2002). *Equoterapia: O emprego do cavalo como monitor terapêutico*. Comunicação apresentada no II Congresso Brasileiro de Equoterapia.
- Siegel, B. (2008). *O mundo da criança com autismo: compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto Editora.
- Sousa, A.B. (2009). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte, 2ª Edição.

Tuckman, B. W. (2002). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Volkmar, K., Lord, C., Bailey, A., Shultz, R., Klin, A. (2004). *Autism and pervasive developmental disorders*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, pp. 135 – 170.

Wickert, H. (2003). O Cavalo como Instrumento Cinesioterapêutico. *In* Ande-Brasil. (Eds.) *Curso Básico de Equoterapia*, pp. 117 – 125, Brasília: Associação Nacional de Equoterapia.

Wing, L. (1996). *The autistic spectrum: a guide for parents and professionals*. Constable & Company, Ltd, London.

Wing, L. e Gould, J. (1979). *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification*. Journal of autism and developmental disorders.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Webgrafia:

[http://scholar.google.pt/scholar?start=10&q=hipoterapia+e+autismo+artigos+em+portugues&hl=en&as\\_sdt=0,5](http://scholar.google.pt/scholar?start=10&q=hipoterapia+e+autismo+artigos+em+portugues&hl=en&as_sdt=0,5)

APPDA – Norte. Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo, consultado a 08 de janeiro de 2013, em <http://www.appdalisboa.org.pt/federacao/norte.php>

Ande-Brasil (2006). XII Congresso internacional de equoterapia. Textos Completos, consultados a 10 de janeiro de 2013, em <http://www.frdi.net/pdfs/Congress/portugues.pdf#page=170>

Barbosa, H. F., (2009). *Análise do recurso a novas tecnologias no ensino de autistas Mestrado em Engenharia Informática - Sistemas Gráficos e Multimédia* Instituto Superior de Engenharia do Porto - Departamento de Engenharia Informática, consultado a 7 de março de 2013, em [http://gilt.isep.ipp.pt/mlt/images/TESES\\_TERMINADAS/tese%20hugo%20barbosa.pdf](http://gilt.isep.ipp.pt/mlt/images/TESES_TERMINADAS/tese%20hugo%20barbosa.pdf)

Freire, C. B. (2012). *Comunicação e interação social da criança com perturbações do espectro do autismo*, consultado a 7 de junho de 2013, em <http://hdl.handle.net/10437/3050>

Glat, R.; Platsch, M.D. (2004). Orientação familiar como estratégia facilitadora do desenvolvimento e inclusão de pessoas com necessidades educativas especiais. Revista do centro de educação. consultado a 20 de fevereiro de 2013, em <http://coralx.ufsm.br/revce/ceesp/2004/02/a3.htm>



Revista científica ESAMAZ, v.1, n.1 (2009). Ciências da Saúde. Escola Superior da Amazônia, Semestral, consultado a 12 de novembro de 2013 em, [http://www.esamaz.com/v01/files/v1n1\\_2009.pdf#page=83](http://www.esamaz.com/v01/files/v1n1_2009.pdf#page=83).

[www.psiquiatriainfantil.com.br](http://www.psiquiatriainfantil.com.br). consultado a 19 de agosto de 2013

[http://escolaequestreaveiro.com/eea/index.php?option=com\\_content&view=article&id=49&Itemid=55](http://escolaequestreaveiro.com/eea/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=55) consultado a 5 de janeiro de 2014

[www.appda-lisboa.org.pt/federacao/autismo.php](http://www.appda-lisboa.org.pt/federacao/autismo.php). consultado a 20 de maio de 2013

Vasconcelos, J. (1998). *A equitação adaptada*, <http://toonline.no.sapo.pt/html/equitterap.htm> consultado a 13 março de 2013.



## Apêndice A

### Questionário a Docentes

#### “A Importância da Hipoterapia nas crianças Autistas”

Exmo (a). Senhor (a) Professor (a), caro (a) colega,

O meu nome é Carla Caçador, e sou aluna do Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, da Escola Superior de Educação João de Deus.

No âmbito da minha investigação, "A importância da Hipoterapia nas crianças Autistas", venho por este meio solicitar a sua prestimosa colaboração. Para o efeito, basta aceder ao inquérito que se encontra abaixo e preencher com uma cruz (x) na opção que melhor corresponde à sua opinião. Depois de preenchido, submeta-o, por favor.

Lembro-lhe que não existem nem boas nem más respostas. Apenas a sua opinião para mim é importante.

Todos os dados e respostas são absolutamente confidenciais e serão utilizados exclusivamente para o fim supracitado.

Obrigada pela sua colaboração.

Carla Caçador

#### PARTE I – Características Pessoais e Profissionais

##### 1 - Género \*

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

##### 2 - Idade \*

- ☐ Menos de 25 anos
- ☐ Entre 25 e 35 anos
- ☐ Entre 36 e 45 anos
- ☐ Mais de 46 anos

##### 3 - Localização geográfica \*

- ☐ Norte
- ☐ Interior
- ☐ Beira Litoral
- ☐ Centro
- ☐ Sul
- ☐ Ilhas

##### 4 - Habilitações literárias \*

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Especialização

- ☐ Pós-Graduação
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado

**5 - Tempo de serviço \***

- ☐ Menos de 5 anos
- ☐ De 5 a 10 anos
- ☐ De 11 a 20 anos
- ☐ De 21 a mais anos

**6 - Nível de ensino que leciona \***

- ☐ Pré-escolar
- ☐ 1º Ciclo
- ☐ 2º Ciclo
- ☐ 3º Ciclo e Secundário

**7 - Possui alguma formação específica em educação especial? \***

- ☐ Sim
- ☐ Não

**8 - Tem na sala de aula, ou já teve, crianças autistas? \***

- ☐ Sim
- ☐ Não

**Parte II - A Importância da Hipoterapia nas crianças com Autismo \***

1. Das seguintes características, assinale as que identificam uma criança autista. \*

- ☐ Movimentos estereotipados
- ☐ Fraca coordenação motora
- ☐ Persistência em rotinas
- ☐ Apatia
- ☐ Desinteresse pelo ambiente

**Assinale, indicando o seu grau de concordância em relação a cada uma das seguintes afirmações \***

**2. A Hipoterapia/equitação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida da criança autista. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**3. A Hipoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde e educação. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**4. A Hipoterapia diminui a ansiedade e aumenta a confiança da criança autista. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**5. Esta terapia limita o enriquecimento do vocabulário da criança autista. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**6. A convivência com o cavalo garante o bem-estar da criança autista. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**7. O cavalo é um agente de reabilitação e educação no tratamento de pessoas com NEE. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**8. A prática da Hipoterapia tem em atenção a criança e a sua problemática. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**9. A Hipoterapia/equitação terapêutica prejudica a qualidade de vida da criança autista. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**10. A relação estabelecida entre a criança e o animal estimula a imaginação e a criatividade. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**11. A Hipoterapia aumenta a ansiedade e diminui a confiança da criança autista. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**12. A Hipoterapia tem como objetivo conceder à criança autista um espaço de enriquecimento sensorial, de ocupação terapêutica e pedagógica. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**13. Os exercícios de Hipoterapia favorecem a linguagem e a organização do processo de comunicação da criança autista. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**14. As atividades de Hipoterapia devem fomentar o melhoramento da comunicação verbal e especialmente não-verbal. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**15. Esta terapia permite o enriquecimento do vocabulário da criança autista. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**16. As sessões de equitação terapêutica favorecem o treino na articulação das palavras. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**17. A convivência com o cavalo prejudica o bem estar da criança autista. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**18. Os exercícios de Hipoterapia permitem o desenvolvimento da sociabilidade da criança autista. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**19. A prática da Hipoterapia permite a diminuição da agressividade e a intolerância à frustração. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**20. O uso do cavalo potencia o desenvolvimento motor, cognitivo, psicológico e social na criança autista. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

**21. A prática de equitação terapêutica fortalece o tônus muscular e permite maior sensibilidade. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente



**22. É pertinente um trabalho de articulação família, fisioterapeuta, terapeuta da fala, pedagogo, psicólogo e instrutor de equitação para o desenvolvimento das competências de uma criança autista mediante a utilização do cavalo. \***

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Nem concordo nem discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

Muito obrigado pela sua colaboração!